**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

**Tratamento da obesidade: investigando o abandono e seus aspectos
motivacionais**

Francine Scochi Leal

Ribeirão Preto

2012

FRANCINE SCOCHI LEAL

**Tratamento da obesidade: investigando o abandono e seus aspectos
motivacionais**

**Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre, junto ao Programa de Pós-
Graduação Enfermagem em Saúde Pública.**

**Área de Concentração: Enfermagem em Saúde Pública.
Inserida na linha de pesquisa: Processo Saúde-Doença e
Epidemiologia**

Orientador: Prof.^a Dr.^a Rosane Pilot Pessa Ribeiro

Ribeirão Preto

2012

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL E PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

LEAL, Francine Scochi

Tratamento da obesidade: investigando o abandono e seus aspectos motivacionais.

116p; 30cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP – Área de Concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Rosane Pilot Pessa Ribeiro

1. Palavras-Chaves: abandono, obesidade, imagem corporal, educação nutricional.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Francine Scochi Leal

Tratamento da obesidade: investigando o abandono e seus aspectos motivacionais

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre, junto ao Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Área de Concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Aprovado em: _____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Dedico esta dissertação ao meu **Pai**, João Carlos D. Leal, ao
eterno “João do Posto”,
que sempre torceu e batalhou pelos meus estudos,
enchendo o peito quando falava de mim.
Que falta você faz, gordinho!
Basta fechar os olhos e recordar...aos poucos o seu cheirinho aproxima
e belas recordações passam como um filme na minha memória.
Mesmo não estando mais aqui na forma física, tenho certeza de que
está fazendo festa no céu por mais esta etapa.
Meu pai, sei que de onde está cuida e zela por mim.
Você sempre estará comigo, na minha vida, no meu coração, nas
minhas lembranças e na minha bagagem.
Saudade eterna...

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, pelo dom da vida, por permitir que este trabalho/sonho fosse realizado. Obrigada Senhor, por me proteger, iluminar e enviar o Vosso Espírito Santo.

À minha verdadeira amiga, irmã, minha **mãe Bel**, que me ensinou que, na tristeza, sempre resta uma esperança, mostrou que a fé remove qualquer obstáculo do caminho, ensinou-me a amar e perdoar, e vive com muita fé em Deus, indicando-me que ninguém está sozinho, ensinou-me que a dignidade deve estar presente em todos os momentos. São coisas simples, mas que aprendemos e guardamos para sempre. Obrigada por estar comigo, por me apoiar, por me fazer rir, nos momentos em que mais precisei. Obrigada por tudo, amada! Amo você... “mamadi” da minha vida!

Aos meus irmãos amados e muito queridos, **Carlinhos e Neto**, pelo exemplo de homens guerreiros, de dedicação e amor ao Posto. Obrigada por serem tão presentes na minha vida! Meu eterno feíinho e meu tibicakuquis... amo vocês para sempre!

Ao meu noivo, **Gustavo**, por me apoiar, escutar os desabafos, por toda compreensão, companheirismo e por toda a tranquilidade que me passou, durante a realização dessa dissertação. Obrigada por tudo! Te amo, gatinho!

À **Prof^a. Dr^a. Rosane Pilot Pessa Ribeiro**, por me aceitar, por ter acreditado em mim e por toda paciência e dedicação, orientando-me nessa caminhada. Foi muito bom ter sido acompanhada todos esses anos por pessoa tão generosa, humilde e de intelectualidade sem fim. Meus sinceros e eternos agradecimentos! “Se enxerguei mais longe, foi porque me apoiei sobre os ombros de gigantes” dizia Isaac Newton.

Às minhas queridas **tia Carmen e tia Zeza**, pelo exemplo, amor à ciência e dedicação nas suas brilhantes carreiras acadêmicas. Como eu sempre brinco e digo: “Quem sabe um dia eu ainda chego na pontinha do dedo do pé de vocês”... Do fundo do meu coração, obrigada por todos os conselhos! Amo vocês!

À **Prof.^a. Dr.^a. Cláudia Benedita dos Santos** e a **Prof.^a Miyeko Hayashida**, pelo apoio estatístico e paciência na explicação dos testes.

Às minhas amigas que sempre estiveram ao meu lado, incentivando-me, acreditando em minha capacidade e compreendendo os meus momentos de ausência. Valeu! **Carmencita, Mariana** (eterna “chucrutes”), **Talitinha** (“Glamour”), **Anna** (mamãe do “Ruanito”), **Rê** (negresquinha), **Manu** (irmã querida), **Verizoca**. Obrigada por todo apoio! Vocês moram no meu coração!

À minha eterna amiga, **Flávia Leão**, por seu exemplo de vida, sua garra, pelo caminho vitorioso que está percorrendo. “Eita baixinha arretada”, nunca assisti uma defesa de doutorado tão envolvente e emocionante como a sua... levou na mala sua coragem para o pós-doutorado em Cleveland, OH, e voltou ainda mais recheada com honras e méritos. Flavinha você é demais! Obrigada pela amizade!

Ao **Prof. Dr. José Ernesto dos Santos** e à **Prof.^a. Dr.^a. Carmen Beatriz Neufeld**, por todas as valiosas considerações e sugestões durante o exame de qualificação.

A todos os **professores da Pós-Graduação** da Escola de Enfermagem, que me ensinaram muito sobre Saúde Pública, principalmente com as trocas de informações nas salas de aula.

À colega **Vanilde de Castro**, por ter me ajudado na coleta de dados e por ter me contado tantas histórias da sua vida, nos momentos difíceis do nosso estudo. Como eu já disse: “Val, as histórias da sua vida dão um livro”!

Ao **CNPQ**, pelo apoio financeiro.

À **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto**, em especial ao Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública, não só pela excelência de seus professores, mas, também, pela confiança em mim depositada. A todos os funcionários, que me auxiliaram sempre nos momentos que precisei de sua ajuda, em especial à **Shirley**. Muito obrigada por tudo, fia!

Aos **indivíduos desta pesquisa** por terem aceitado participar do meu estudo. Sem eles esta pesquisa não existiria.

RESUMO

LEAL, F.S. **Tratamento da obesidade: investigando o abandono e seus aspectos motivacionais**. 2012. 116f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

A obesidade é problema de saúde que afeta diversas sociedades. Seu tratamento deve ter abordagem multiprofissional e interdisciplinar. No entanto, tratamentos crônicos têm, em geral, menor adesão, pelo fato de exigirem muito empenho do sujeito para modificar seus hábitos de vida e atingir as metas propostas. O objetivo deste estudo foi investigar a taxa de abandono do tratamento da obesidade e seus aspectos motivacionais, com vistas a contribuir para o planejamento de estratégias terapêuticas mais eficazes que diminuam o impacto das consequências dessa doença para a saúde pública. O estudo foi realizado a partir de informações contidas no banco de dados do Programa de Reeducação Alimentar (PRAUSP), com informações de 192 adultos com excesso de peso, de ambos os sexos, que participaram de 14 grupos formados no período de 2004 a 2009, concluindo ou não a estratégia. Foi considerado abandono quando o indivíduo apresentou 30% ou mais de faltas nos 10 encontros realizados e não participou da avaliação final do programa. Com esses sujeitos, foi realizada uma entrevista para coleta de dados sociodemográficos, realização de medidas de circunferência da cintura, além de peso e estatura para cálculo do índice de massa corporal (IMC). Nesse momento, foi investigado o motivo do abandono e aplicada a Escala de Silhuetas para avaliação da imagem corporal. Como resultados, 82 pessoas abandonaram o programa (43,8%) e 50 delas aceitaram participar do estudo. A maioria era do sexo feminino (n=35; 70%) com idade média de 46,8 anos, casada (n=30; 60%) e ensino médio completo (n=28; 56%). Quase metade deles (n=23; 46%) tinha renda familiar mensal de quatro salários-mínimos. O motivo mais frequente do abandono citado pelos sujeitos foi o horário inadequado (46%). Depois da participação no PRAUSP, 80% (n=40) relataram alguma tentativa de redução de peso; 64% (n=32) obtiveram sucesso, mas 88% (n=44) referem que ainda precisam emagrecer. Mais da metade deles (n=26; 52%) participaria novamente do programa. O IMC médio antes do PRAUSP e atualmente foi de $33,4\text{kg/m}^2 \pm 5,9\text{kg/m}^2$ e $33,8\text{kg/m}^2 \pm 6,8\text{kg/m}^2$,

respectivamente. Oito por cento ($n=4$) estão eutróficos e a porcentagem de obesidade grave aumentou de 12 para 18%. A circunferência da cintura média antes do PRAUSP e atualmente foi de $112,5\text{cm}\pm 15,1\text{cm}$ e $109,7\text{cm}\pm 14,4\text{cm}$ para os homens e $102,4\text{cm}\pm 13,1\text{cm}$ e $96,3\text{cm}\pm 14,7\text{cm}$ para as mulheres, respectivamente. Houve superestimação do tamanho corporal nas mulheres ($p=0,00$), ao se comparar o IMC atual ($33,1\text{kg/m}^2$) com aquele relativo à silhueta que elas achavam que possuíam (IMC real= $37,4\text{kg/m}^2$). A insatisfação corporal foi encontrada em todos indivíduos ($p=0,00$), ao escolherem silhuetas mais magras (IMC desejado= $27,4\text{kg/m}^2$ para mulheres e $24,5\text{kg/m}^2$ para homens (amostra total: $26,5\text{kg/m}^2$). Conclui-se que a taxa de abandono é alta e o motivo citado (horário incompatível com o trabalho) merece reflexão cuidadosa, visto que os indivíduos já tinham essa informação ao decidirem participar do programa. Nesse sentido, outros estudos são necessários para melhor compreensão dos fatores que interferem na adesão a estratégias para perda de peso.

Palavras-chave: abandono, obesidade, imagem corporal, educação nutricional

ABSTRACT

LEAL, F.S. **Treatment of obesity: investigating dropout and motivational aspects.** 2012. 116f. Dissertation (MA) - Ribeirão Preto College of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

Obesity is a health problem which affects many societies; its treatment should have a multiprofessional and interdisciplinary approach. However, chronic treatments have, in general, lower adherence because they require much individuals' effort to modify their lifestyle and achieve proposed goals. This study aimed to investigate the dropout rate in treatment of obesity and its motivational aspects in order to contribute to the planning of more effective therapeutic strategies that reduce the impact of consequences of this disease to public health. The study was conducted based on information contained in the Food Retraining Program (PRAUSP) database with information about 192 overweight adults, men and women who participated in 14 groups formed in the period from 2004 to 2009, concluding or not the strategy. It was considered dropout when the individual had 30% or more absences during the 10 meetings and did not attend the final evaluation of the program. With these subjects, an interview was conducted to collect demographic data; the measures of waist circumference, weight and height to calculate body mass index (BMI) were performed. At this point, the reason for dropout was investigated and the Silhouettes Scale for assessment of body image was applied. As a result, 82 people left the program (43.8%) and 50 of them agreed to participate in the study. Most were female (n=35; 70%) with mean age of 46.8 years old, married (n=30, 60%) and with completed high school (n=28; 56%). Almost half of them (n=23, 46%) had monthly family income of four Brazilian minimum wages. The most frequent reason for dropout reported by subjects was the inadequate time (46%). After participation in PRAUSP, 80% (n=40) reported some attempt at weight reduction; 64% (n=32) were successful but 88% (n=44) state that they still need to lose weight. More than half of them (n=26; 52%) would participate in the program again. The mean BMI before PRAUSP and currently was $33.4\text{kg/m}^2 \pm 5.9\text{kg/m}^2$ and $33.8\text{kg/m}^2 \pm 6.8\text{kg/m}^2$, respectively. Eight percent (n=4) were eutrophic and the percentage of severe obesity increased from 12 to 18%. The average waist circumference before PRAUSP

and currently was $112.5\text{cm} \pm 15.1\text{cm}$ and $109.7\text{cm} \pm 14.4\text{cm}$ for men and $102.4\text{cm} \pm 13.1\text{cm}$ and $96.3\text{cm} \pm 14.7\text{cm}$ for women, respectively. There was overestimation of body size in women ($p=0.00$) when comparing the current BMI (33.1kg/m^2) with the silhouette that they thought they had (real BMI= 37.4kg/m^2). The body dissatisfaction was found in all subjects ($p=0.00$) by choosing leaner silhouettes (desired BMI= 27.4kg/m^2 for women and 24.5kg/m^2 for men (total sample: 26.5kg/m^2). It was concluded that the dropout rate is high and the reason reported (time incompatible with the work) deserves careful consideration, since the individuals had this information when they decide to participate in the program. Thus, further studies are needed to better understanding of the factors that influence adherence to strategies for weight loss.

Keywords: dropout, obesity, body image, nutrition education

RESUMEN

LEAL, F.S. **Tratamiento de la obesidad: investigando el abandono y sus aspectos motivacionales**. 2012. 116f. Disertación (MA) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

Obesidad es un problema de salud que afecta a muchas sociedades, su tratamiento debe tener abordaje multiprofesional e interdisciplinario. Sin embargo, tratamientos crónicos tienen, en general, menor adhesión, por exigir mucho esfuerzo del individuo para modificar su estilo de vida y alcanzar metas propuestas. Este estudio objetivó investigar la tasa de abandono del tratamiento de la obesidad y sus aspectos motivacionales con el fin de contribuir para la planificación de estrategias terapéuticas más efectivas que reduzcan el impacto de consecuencias de esta enfermedad para la salud pública. Estudio fue realizado a partir de informaciones contenidas en la base de datos del Programa de Reeducción Alimentar (PRAUSP) con 192 adultos con sobrepeso, hombres y mujeres que participaron de 14 grupos formados en el período 2004 a 2009, concluyendo o no la estrategia. Fue considerado abandono cuando el individuo tuvo 30% o más de ausencias en 10 sesiones realizadas y no participó de la evaluación final del programa. Con estos individuos, una entrevista fue realizada para recoger datos demográficos; medidas de la circunferencia de cintura, peso y estatura fueron realizadas para calcular el índice de masa corporal (IMC). En este punto, fue investigada la razón de abandono y aplicada la Escala de Siluetas para evaluación de imagen corporal. Como resultados, 82 personas abandonaron el programa (43,8%) y 50 de ellas aceptaron participar del estudio. La mayoría eran mujeres (n=35; 70%) con edad media de 46,8 años, casadas (n=30, 60%) y con enseñanza secundaria completa (n=28; 56%). Casi la mitad (n=23, 46%) tenían una renta familiar mensual de cuatro salarios mínimos. La razón más frecuente del abandono citada por sujetos fue el horario inadecuado (46%). Después de la participación en PRAUSP, 80% (n=40) reportaron algún intento de reducción de peso; 64% (n=32) tuvieron éxito, pero 88% (n=44) afirmaron que todavía tienen que bajar de peso. Más de la mitad (n=26; 52%) participaron nuevamente en el programa. La media del IMC antes del PRAUSP y actualmente fue de $33,4\text{kg/m}^2 \pm 5,9\text{kg/m}^2$ y $33,8\text{kg/m}^2 \pm 6,8\text{kg/m}^2$, respectivamente.

Ocho por ciento ($n=4$) están eutróficos y el porcentaje de obesidad severa aumentó de 12 para 18%. La media de circunferencia de cintura antes del PRAUSP y actualmente fue de $112,5\text{cm}\pm 15,1\text{cm}$ y $109,7\text{cm}\pm 14,4\text{cm}$ para hombres y $102,4\text{cm}\pm 13,1\text{cm}$ y $96,3\text{cm}\pm 14,7\text{cm}$ para mujeres, respectivamente. Hubo sobreestimación del tamaño corporal para mujeres ($p=0,00$) al comparar el IMC actual ($33,1\text{kg/m}^2$) con la silueta que ellas pensaban que poseían (IMC real = $37,4\text{kg/m}^2$). La insatisfacción corporal fue encontrada en todos los sujetos ($p=0,00$), al escogieren siluetas más delgadas (IMC deseado = $27,4\text{kg/m}^2$ para mujeres y $24,5\text{kg/m}^2$ para hombres (muestra total: $26,5\text{kg/m}^2$). Se concluyó que la tasa de abandono es alta y la razón citada (horario incompatible con el trabajo), merece una consideración cuidadosa, ya que los individuos tenían esta información cuando se decidieron a participar en el programa. Por lo tanto, se necesitan más estudios para mejor comprensión de factores que influyen en la adhesión a estrategias para bajar de peso.

Palabras claves: abandono, obesidad, imagen corporal, educación nutricional

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Comorbidades dos participantes do estudo. Ribeirão Preto, SP, 2010.....	56
Figura 2 – Sentimento dos participantes do estudo em relação à saúde e ao corpo. Ribeirão Preto, SP, 2010.....	61
Figura 3 - Estado nutricional dos participantes do estudo no início do PRAUSP e atualmente. Ribeirão Preto, SP, 2010.....	62
Figura 4 – Índice de massa corporal real, atual e desejado, segundo amostra total. Ribeirão Preto, SP, 2010.....	63
Figura 5 – Índices de massa corporal real, atual e desejado, segundo amostra total e por sexo. Ribeirão Preto, SP, 2010.....	65
Figura 6 – Valores médios das circunferências da cintura (cc) inicial e atual, segundo a amostra total e por sexo. Ribeirão Preto, SP, 2010.....	66
Figura 7 – Número de mulheres, segundo a classificação da circunferência da cintura inicial e atual. Ribeirão Preto, SP, 2010.....	66

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Critérios para seleção das estratégias de tratamento da obesidade, de acordo com o IMC (kg/m ²) e a presença ou não de fator de risco. São Paulo, 2007.....	32
Quadro 2 – Classificação do estado nutricional, segundo o IMC.....	49
Quadro 3 – Sistema de pontuação relativo à posse de itens, segundo o Critério Padrão de Classificação Econômica Brasil, 2011.....	51
Quadro 4 – Sistema de pontuação relativo ao grau de escolaridade do chefe da família, segundo o Critério Padrão de Classificação Econômica Brasil, 2011.....	51
Quadro 5 – Pontos de corte para as classes econômicas, segundo o Critério Padrão de Classificação Econômica Brasil, 2011.....	52
Quadro 6 – Características sociodemográficas e econômicas dos participantes do estudo. Ribeirão Preto, SP, 2010.....	56
Quadro 7 – Prática de exercício físico relatada pelos participantes do estudo. Ribeirão Preto, SP, 2010.....	57
Quadro 8 – Motivo da desistência do PRAUSP pelos participantes do estudo. Ribeirão Preto, SP, 2010.....	58
Quadro 9 – Expectativa em relação ao PRAUSP. Ribeirão Preto, SP.....	58
Quadro 10 – Alcance das expectativas em relação ao PRAUSP. Ribeirão Preto, SP, 2010.....	59
Quadro 11 – Tentativa de perda de peso após PRAUSP. Ribeirão Preto, SP, 2010.....	59

Quadro 12 – Resultados da tentativa de perda de peso após PRAUSP. Ribeirão Preto, SP, 2010..... 60

Quadro 13 – Nova participação dos indivíduos no PRAUSP. Ribeirão Preto, SP, 2010..... 61

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Pontos de corte da medida da circunferência da cintura, em centímetros, relativos ao risco de complicações metabólicas associadas à obesidade, segundo o sexo.....	49
--	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	19
1.1 Obesidade.....	20
1.1.1 Prevalência.....	21
1.1.2 Definição e diagnóstico.....	24
1.1.3 Etiologia.....	26
1.1.4 Aspectos emocionais e imagem corporal.....	28
1.2 Tratamento.....	30
1.2.1 Estratégias em grupo baseadas na educação alimentar.....	33
1.2.2 Adesão ao tratamento.....	37
2 OBJETIVOS	42
2.1 Objetivo geral	43
2.2 Objetivos específicos	43
3 METODOLOGIA	44
3.1 Tipo de estudo e sujeitos.....	45
3.2 Procedimentos.....	46
3.3 Análise de dados.....	48
3.3.1 Índice de massa corporal (IMC).....	48
3.3.2 Circunferência da cintura (cc).....	49
3.3.3 Dados sobre percepção e satisfação corporal.....	50
3.3.4 Critério Padrão de Classificação Econômica Brasil.....	50
3.4 Aspectos éticos.....	52
3.5 Estudo piloto.....	52
3.6 Análise estatística.....	53
4 RESULTADOS	54
5 DISCUSSÃO	67
6 CONCLUSÕES	91
REFERÊNCIAS	94
APÊNDICES	109
Apêndice A	110
Apêndice B	111
ANEXOS	113
Anexo A	114

Anexo B	115
Anexo C	116

Durante parte da minha experiência profissional como nutricionista, atuei em um setor de medicina preventiva particular e desenvolvi atividade de educação nutricional com vários grupos (obesidade adulto e infantil, gestante, tabagismo, diabetes, hipertensão). Desde então, já observava a baixa adesão ao tratamento, principalmente da obesidade. Em abril de 2009, iniciei como nutricionista voluntária no Programa de Reeducação Alimentar da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (PRAUSP–EERP) e, até o atual momento, coordeno grupos, semanalmente, com temas pautados na educação nutricional, além de organização e planejamento dos encontros, leitura dos diários alimentares e reuniões com a equipe executora.

O PRAUSP foi criado em 1998 pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, SP para orientação nutricional de indivíduos com excesso de peso. Passou a ser desenvolvido, a partir de 2005, no Centro Multidisciplinar de Promoção à Saúde e Prevenção de Doenças, da Coordenadoria do *Campus* de Ribeirão Preto - USP (CCRP-USP). Para o seu desenvolvimento, conta com equipe multidisciplinar, composta por profissionais e estudantes de graduação e pós-graduação das áreas de nutrição, psicologia e enfermagem.

A população atendida, inicialmente, era originária das diversas seções e serviços da PCARP-USP. Porém, com o passar do tempo, a demanda diminuiu gradativamente, enquanto pessoas de outras instituições se interessaram pela estratégia e foram inseridas no programa, sendo esse aberto para toda a comunidade do *Campus*, a partir de 2006. É desenvolvido ao longo de 10 semanas, com um encontro semanal, para orientação alimentar e apoio psicológico, além do incentivo à prática de atividade física.

Sendo a obesidade problema relevante para a área de saúde coletiva, sob o ponto de vista epidemiológico nutricional, apresentei como proposta investigar o abandono do tratamento para perda de peso com vistas a contribuir para o planejamento de estratégias que melhorem a adesão e, por consequente, o impacto das consequências dessa doença para a saúde pública.

1 INTRODUÇÃO

1.1 OBESIDADE

A ideia de saúde, que anteriormente esteve associada à corpulência, hoje tem seu significado modificado com as novas concepções e crenças culturais acerca do corpo magro (BRASIL, 2006; BROWN; KONNER, 1999; FISCHLER, 1989).

O corpo assume aspecto existencial fundamental porque é por intermédio dele que os sujeitos se manifestam no mundo (MERLEU, 1994). Os cuidados corporais, relacionados à beleza, à estética e à saúde, são regidos por um sistema de regras sociais, fruto da relação entre os indivíduos, seu corpo e a sociedade (MAUSS, 1974). Na contemporaneidade, observam-se padrões corporais próprios relacionados ao corpo magro, delineado, estético e eternamente jovem (FERREIRA; MAGALHÃES, 2005).

Carvalho e Martins (2004) propõem a obesidade como um estado destoante dos padrões de normalidade na cultura, ou seja, o indivíduo obeso é anormal porque difere do ideal de beleza do corpo magro e/ou musculoso, construído pela sociedade. Mas, também, essa situação pode ser compreendida como um estado patológico por gerar impotência do corpo e minimizar as possibilidades de vida do indivíduo no seu ambiente.

Nas sociedades modernas, nota-se que a rejeição às pessoas obesas é progressivamente maior (FISCHLER, 1989; SANTOS, 2006), mas, em algumas sociedades, como determinados grupos e tribos africanas, uma rotundidade corporal razoável ainda está associada ao sucesso econômico, força política, condição social, símbolo de beleza e maternidade, assim como era observado nos países desenvolvidos até o século XIX (FISCHLER, 1989).

Padrões corporais relacionados à obesidade podem, portanto, variar de sociedade para sociedade nos diferentes contextos e grupos sociais (BROWN; KONNER, 1999).

Em geral, observa-se que, dentro da esfera social, a obesidade recebe duas definições. A primeira é de um estado desviante dos padrões culturalmente normais. Assim, o corpo gordo é considerado fora da norma social vigente porque contrapõe-se ao modelo de corpo magro e/ou musculoso tido como socialmente aceitável. A outra definição compreende a obesidade enquanto estado patológico, uma doença, em função dos inúmeros sinais e sintomas da enfermidade, da sua alta relação com outras comorbidades e, ainda, por comprometer a qualidade de vida do indivíduo no seu ambiente (CARVALHO; MARTINS, 2004).

O excesso de peso pode advir de ingestão energética alimentar além da necessidade individual, dos fatores social e cultural, da falta de atividade física que reduz o gasto de energia e de predisposição genética para armazenar estoques de gordura, principalmente em ambientes onde os hábitos alimentares e de atividade física favoreçam o aumento do peso (MONTEIRO; CONDE, 1999).

1.1.1 PREVALÊNCIA

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera a obesidade um dos dez principais problemas de saúde pública do mundo e, segundo esse órgão, o mundo vive uma epidemia de obesidade. Isso significa que o número de pessoas que tem o peso excessivo aumentou e atingiu proporções preocupantes e de risco à saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

A epidemia emergiu em países desenvolvidos durante as últimas décadas do século XX (BERNARDI, 2005). Os primeiros dados mundiais sobre o aumento da prevalência da obesidade, em adultos, foram obtidos pelo estudo MONICA (*Monitoring of Trends and Determinants in Cardiovascular Disease*), no período de 1983 a 1986. Nessa ocasião, foram estudadas 48 populações de diversos países e, apesar da maior parte ser da Europa, a limitação de nacionalidade não impediu a comparação dos dados obtidos pelo fato de terem sido coletados no mesmo período (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

Nos adultos, o índice de massa corporal (IMC) médio, encontrado na África e na Ásia, foi de 22-23kg/m², enquanto que, em países da América do Norte, Europa, América Latina e Ilhas do Pacífico, o IMC médio foi 25-27kg/m². O IMC aumenta em pessoas de meia-idade, possibilitando maior risco de complicações (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2003).

Estudos recentes apontam a obesidade como o problema nutricional mais prevalente nos Estados Unidos, afetando um terço da população adolescente e adulta. As projeções indicam que, caso não haja intervenção, a população americana chegará em 2035 com 90% dos indivíduos com excesso de peso (FISBERG, 2004).

De acordo com estudos realizados por meio do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), há cerca de 17 milhões de obesos no Brasil, o que representa 9,6% da população. Segundo a OMS, há 300 milhões de obesos no mundo e, desses, um terço está nos países em desenvolvimento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

No Brasil, a prevalência do excesso de peso e obesidade na população adulta é problema que alcança grande expressão em todas as regiões do país, no meio urbano e no meio rural, e em todas as classes sociais (IBGE, 2010).

A Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) também observou aumento contínuo de excesso de peso e obesidade na população de 20 anos ou mais de 1974 até a atualidade. O excesso de peso quase triplicou entre homens, de 18,5%, em 1974-75, para 50,1%, em 2008-09. Nas mulheres, o aumento foi menor: de 28,7 para 48%. Já a obesidade cresceu mais de quatro vezes entre os homens, de 2,8 para 12,4% e mais de duas vezes entre as mulheres, de 8 para 16,9%.

Isso ocorreu em todas as regiões brasileiras. No Sul, o excesso de peso masculino subiu de 23 para 56,8%. Entre as mulheres, esse aumento é mais perceptível na Região Nordeste: de 19,5 para 46%, com aumento contínuo, enquanto que, nas outras regiões, houve interrupção de crescimento entre 1989 e 2002-2003, voltando a crescer até 2008-09. É o caso do Sul do país, onde o excesso de peso era de 36,6%, em 1974-75, 47,3%, em 1989, caiu para 44,8% em 2002-2003 e voltou a subir para 51,6%, em 2008-09.

Esse aumento é perceptível em todos os estratos de renda da população masculina. Entre as mulheres, o crescimento é mais acentuado entre os 20% de menor rendimento, passando de 14,6 para 45%. A obesidade passou de 2,4 para 15,1%. Entre os 20% de maior rendimento, o aumento foi de 10,8 para 16,9%, mas houve queda entre 1989 (15,4%) e 2002-2003 (13,5%) (IBGE, 2010).

A epidemia da obesidade é a maior responsável por várias doenças não comunicáveis e suas implicações na saúde pública incluem a redução na qualidade de vida, aumento do risco de doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, acidente vascular cerebral, diabetes melito tipo 2, doenças da vesícula biliar,

problemas ortopédicos e morte prematura (CORMICK; CLARKE, 2004; COOPER; FAIRBURN, 2001).

1.1.2 DEFINIÇÃO E DIAGNÓSTICO

A obesidade é definida como condição de acúmulo excessivo de gordura no tecido adiposo, em extensão tal que pode ocasionar prejuízos à saúde, resultante do balanço energético positivo e consequente ganho de peso. Entretanto, indivíduos obesos diferem entre si não somente quanto ao excesso de tecido adiposo estocado, mas, também, na distribuição regional da gordura pelo corpo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

A gordura corporal pode apresentar a seguinte distribuição: a) androide/central – excesso de gordura corporal na região troncular e abdominal, principalmente no compartimento visceral; b) ginecoide/periférica – excesso de gordura na região glúteo-femoral; c) mista – apresenta aumento difuso do tecido adiposo sem localização particular (HALPERN, 2002).

A forma como a gordura corporal está distribuída constitui outro indicador de obesidade, uma vez que o excesso de gordura localizada na região abdominal pode multiplicar os riscos semelhantes, inclusive com o IMC sem excesso (WANG et al., 2005; CUPPARI, 2002; LAQUATRA, 2002).

A obesidade se desenvolve como resultado de desequilíbrio energético crônico, na qual o consumo contínuo mais elevado de calorias é responsável pela manutenção do estado de obesidade. Fatores biológicos (incluindo o fator genético), comportamentais e ambientais interagem na regulação do balanço energético e na manutenção das reservas de gordura. Dietas com alta densidade calórica, adoção

de estilo de vida sedentário e transtornos alimentares são considerados importantes fatores de risco para o desenvolvimento da obesidade (EASO, 2004).

Pesquisas na área de metabolismo mostram que o adipócito é capaz de sintetizar várias substâncias e, diferentemente do que se supunha, o tecido adiposo não é apenas um sítio de armazenamento de triglicérides, mas é, hoje, considerado um órgão endócrino (ROMERO, 2006). Já o sobrepeso, que significa aumento exclusivo de peso, por si só, não tem efeito imediato no desenvolvimento de doenças crônicas. Porém, a história de excesso de peso pode contribuir para variações de riscos à saúde (BRASIL, 2006).

As condições nutricionais podem ser expressas pela medida das dimensões corporais, sendo a antropometria um dos métodos mais utilizados para a avaliação do estado nutricional. A antropometria é indicada como método mais útil para identificar pessoas com obesidade, pois tem baixo custo, é um método não invasivo e de fácil utilização, universalmente aplicável e com boa aceitação pela população (BRASIL, 2006).

A OMS propôs uma classificação utilizando o IMC, no qual o peso corporal (em quilogramas) é dividido pela altura (em metros e ao quadrado). Em ambos os sexos, os valores de IMC para o sobrepeso encontram-se entre 25-29,9kg/m² e para a obesidade encontram-se acima de 30,0kg/m², podendo ser divididos em diferentes grupos (grau I – 30 a 34,9kg/m²; grau II – 35 a 39,9kg/m² e grau III – acima de 40kg/m²) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004).

Medidas regionais de obesidade, entre as quais a circunferência da cintura, são capazes de fornecer estimativas de gordura centralizada que, por sua vez, está relacionada à quantidade de tecido adiposo visceral. Assim, essa medida vem sendo largamente utilizada em estudos de base populacional como indicador da gordura

abdominal, seja pela sua associação com a ocorrência de doenças cardiovasculares como, por exemplo, a hipertensão arterial, seja pela alta correlação que possui com métodos laboratoriais de avaliação da composição corporal (MARIATH et al., 2007).

1.1.3 ETIOLOGIA

A prevalência crescente da obesidade é representativa das mudanças negativas no estilo de vida, dentro do contexto da sociedade moderna. Fatores ambientais e comportamentais, particularmente o declínio da atividade física, seja lazer ou trabalho, associados ao maior consumo de alimentos ricos em gordura e calorias, ocasionaram a elevação dos índices da obesidade (CORMICK; CLARKE, 2004).

Dados da POF, realizada em 2002/2003 (POF 2002/2003), indicaram que a frequência de consumo de alimentos fora do domicílio variou de 28,1 a 38,8% entre as regiões do país, sendo que os alimentos mais consumidos foram refrigerantes, refeições, doces, salgados fritos e assados (BEZERRA; SICHIERI, 2010). De forma geral, a alimentação fora do domicílio foi associada ao sobrepeso e à obesidade em homens (BEZERRA; SICHIERI, 2009).

Dados mais recentes sobre as despesas com alimentos no Brasil (POF 2002/2003 e 2008/2009) indicam aumento das frutas (4,2 para 4,6%), legumes (3 para 3,3%). No entanto, também aumentaram os gastos com alimentação fora do domicílio (24,1 para 31,1%) e com alimentos preparados (2,3 para 2,9%) (IBGE, 2010).

Assim, hábitos alimentares, ambientes físico, econômico, político e/ou sociocultural pouco saudáveis (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003)

colaboram para a tendência de crescimento da obesidade (SWINBURN; EGGER, 2002).

Os fatores que levam o indivíduo ao balanço energético positivo variam de pessoa para pessoa. Acredita-se que os fatores genéticos possam estar relacionados à eficiência no aproveitamento, armazenamento e mobilização dos nutrientes ingeridos, ao gasto energético, em especial à taxa metabólica basal (TMB), ao controle do apetite e ao comportamento alimentar (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000; FRANCISCHI et al., 2000; SICHIERI, 1998).

Entre os aspectos ambientais e socioculturais relacionados à obesidade, os mais destacados são: 1) *obesidade por desbalanço nutricional*: ocasionada por dietas com alto teor de gorduras saturadas, ingestão de guloseimas; 2) *obesidade por inatividade física*: resultante do sedentarismo, incapacidade física, avanço da idade; 3) *obesidade secundária a doenças endócrinas*: como, por exemplo, a doença hipotálamo-hipofisária, síndrome de Cushing, hipotireoidismo, entre outras; 4) *obesidade secundária a drogas*: como, por exemplo, os psicotrópicos, glicocorticoides, antidepressivos, entre outras e 5) *obesidade genética*: sindrômicas e não-sindrômicas (HALPERN, 2002).

Níveis socioeconômicos mais baixos e falta de atividade física, atualmente, são importantes determinantes do sobrepeso e da obesidade. Alguns estudiosos também relacionam problemas psicológicos ao ganho de peso. Sendo assim, estresse, ansiedade e depressão influenciam principalmente o comportamento alimentar (DOBROW; KAMENETZ; DEVLIN, 2002; FRANCISCHI et al., 2000).

Devido à etiologia multifatorial da obesidade, é difícil mensurar a influência de cada uma das variáveis envolvidas no processo de ganho excessivo de peso. Dessa forma, é doença de difícil controle, com altos percentuais de insucessos terapêuticos

e de recidivas, podendo apresentar sérias repercussões orgânicas e psicossociais, especialmente nas formas mais graves (BERNARDI, 2005).

1.1.4 ASPECTOS EMOCIONAIS E IMAGEM CORPORAL

Aspectos emocionais podem estar associados à obesidade, como a ansiedade, depressão e dificuldades comportamentais. Muitas vezes o indivíduo obeso sofre discriminações e é estigmatizado socialmente, prejudicando seu funcionamento físico e psíquico, podendo causar impacto negativo em sua qualidade de vida (LUIZ et al., 2005). A obesidade traz consigo custo elevado para a saúde pública por ser causadora de diversas doenças e, no plano psicológico, verificam-se indícios de diminuição da autoestima, depressão e distúrbio da autoimagem (VILLARES; RIBEIRO; SILVA, 2003).

A maioria das doenças psiquiátricas não é mais comum em indivíduos com obesidade, mas a incidência de depressão e ansiedade é aumentada nesses indivíduos. Mais pesquisas são necessárias para associar a obesidade à depressão. Ganho de peso e obesidade podem ser importantes reações adversas a drogas psicotrópicas, incluindo antidepressivos e antipsicóticos, ambos são prescritos para desordens afetivas (LICINIO; WONG, 2003).

Laurent e Vannotti (1993) afirmam que o resultado de diversos obstáculos psicológicos – internos, relacionais, comportamentais e psicossociais, relacionados à obesidade, têm sido estudados com ênfase diversa, incluindo avaliação da imagem corporal por meio de diferentes instrumentos, como desenhos, escalas, questionários.

Cash (1993) afirma que a imagem corporal refere-se à experiência psicológica de alguém sobre a aparência e o funcionamento do seu corpo. Segundo o autor, o descontentamento relacionado ao peso, que muitas vezes leva à imagem corporal negativa, advém de ênfase cultural na magreza e estigma social da obesidade.

De forma geral, os estudos sobre imagem corporal apontam para prejuízos relacionados à insatisfação, depreciação, distorção e preocupação com a autoimagem, todos eles fortemente influenciados por fatores socioculturais (CASH, 1993; DEMAREST; LANGER, 1996; GITTELSON et al., 1996). Alguns autores, entre eles Foster, Wadden e Vogt (1997), Leonhard e Barry (1998) e Ogden e Evans (1996), fazem menção à Teoria do Descontentamento Normativo, que sustenta a ideia de que a insatisfação com o próprio corpo parece estar relacionada às exigências sociais e culturais de aparência e magreza.

O processo de formação da imagem corporal pode ser influenciado pelo sexo, idade, meios de comunicação, bem como pela relação do corpo com os processos cognitivos como crença, valores e atitudes inseridos em uma cultura. A insatisfação com o corpo tem sido associada à discrepância entre a percepção e o desejo relativo ao tamanho e à forma corporal. A cultura da magreza determina valores e normas que, por sua vez, condicionam atitudes e comportamentos relacionados ao tamanho do corpo, à aparência e ao peso (DAMASCENO et al., 2005; NUNES et al., 2001).

Com base em revisão de literatura, Friedman e Brownell (1995) destacaram dois aspectos relativos à imagem corporal: insatisfação e distorção da imagem corporal. Quanto à insatisfação, os autores verificaram que parece estar associada à obesidade. Já com a distorção, não há dados consistentes.

Vale ressaltar, ainda, a influência negativa que exercem os meios de comunicação de massa, que são objetos complexos para investigações. Assim,

existem evidências que apontam para a influência da mídia sobre os distúrbios alimentares e de imagem corporal, pois, ao mesmo tempo em que essa exibe corpos perfeitos e esguios, estimula práticas alimentares não saudáveis. O desfile de figuras jovens, com corpos esqueléticos ou musculosos, torna muito difícil, principalmente para os jovens, considerar a beleza em sua diversidade e singularidade, ou seja, como componente individual, sem se prender a padrões estéticos cada vez mais inatingíveis (BOSI et al., 2006; SAIKALI et al., 2004).

A insatisfação com a imagem corporal é mais prevalente nas culturas industriais e, em geral, ocidentais, sendo mais comum entre as mulheres do que entre os homens, espelhando, assim, diferenças transculturais sobre a importância da magreza para cada sexo. Apesar de existirem valores de IMC recomendados pela OMS, para a adequada manutenção da saúde, o tipo físico idealizado ou peso “ideal” é determinado socioculturalmente. Esse peso “ideal”, apresenta-se muito menor que o peso médio da população, em especial das mulheres, faz com que a maioria delas, quando comparadas a esse padrão rigoroso, se sintam acima do peso. Essa pressão social pelo corpo ideal constitui fonte significativa de sofrimento (SAUR, 2007; VEGGI et al., 2004).

1.2 TRATAMENTO

O tratamento da obesidade é complexo e, portanto, deve ter assistência multidisciplinar. Não existe abordagem efetiva a longo prazo que não envolva mudança de estilo de vida. O sucesso depende de constante vigilância na adequação do nível de atividade física e de ingestão de alimento, além de outros fatores como apoio social, familiar e automonitorização. Pessoas obesas devem ter

orientação e apoio de profissionais de saúde, principalmente das áreas de nutrição, medicina, psicologia, educação física (MCGUIRE et al., 1999).

Mais do que a simples redução do peso, o tratamento dietético da obesidade deve visar mudanças de hábitos alimentares que devem ser mantidos por toda a vida (WING; HILL, 2001). Dietas muito restritivas, artificiais e rígidas não permitem aderência satisfatória ao tratamento (LOWE et al., 2001). Sendo assim, planejamento alimentar mais flexível, que objetive a reeducação, garante o sucesso em longo prazo ao tratamento adotado (SMITH et al., 1999).

Nos últimos anos, tem-se tornado cada vez mais claro que a perda de peso, ainda que modesta, está associada a significativos benefícios para a saúde. A redução de cinco a dez por cento do peso corporal é acompanhada por melhora clínica importante do nível sanguíneo de colesterol, pressão sanguínea, glicemia e outros índices de saúde. Existe evidência de que tais benefícios se perdem quando o peso excessivo é recuperado. Portanto, é recomendado que programas de tratamento da obesidade tenham como meta essa porcentagem de redução de peso (COOPER; FAIRBURN, 2001).

A realidade das possibilidades do tratamento das pessoas com obesidade frequentemente entram em conflito com suas expectativas. Elas quase sempre têm um ponto de vista estético, com objetivos que vão muito além daqueles que levam à melhora da maior parte das comorbidades associadas ao quadro. Embora um ideal de sucesso seja o retorno do peso corporal à faixa de normalidade, isso raramente é conseguido. Esses pontos devem ser claramente discutidos com o sujeito para aumentar a adesão ao tratamento e evitar que graus razoáveis de sucesso no tratamento sejam interpretados como falhas. Portanto, resultados abaixo de cinco por cento, com recuperação do peso, podem ser considerados insatisfatórios e

perdas maiores que 15%, com manutenção do peso, são excepcionais (HALPERN; MANCINI, 2002).

Para a seleção das estratégias de abordagem no tratamento da obesidade devem ser considerados os pontos de corte do IMC e a presença ou não de fatores de risco associados conforme o quadro abaixo.

	IMC 25 a 29,9	IMC 30 a 34,9	IMC 35 a 39,9	IMC $\geq$ 40
Sem fator de risco	Manutenção do peso, dieta, saudável, exercício.	Perda de 5–10% do peso corporal.	Perda de mais de 10% do peso corporal, em geral as drogas são necessárias.	Perda de 20 – 30% do peso corporal. Se insucesso, encaminhar ao especialista ou considerar a possibilidade de tratamento cirúrgico.
Com fator de risco	Foco em dieta, exercício e mudança de comportamento. Após três meses sem sucesso, propor déficit energético leve para perda de 5-10kg em 24 semanas. Se insucesso, avaliar a necessidade de tratamento medicamentoso.	Foco em dieta, exercício e mudança de comportamento. Após 12 semanas sem sucesso, considerar a necessidade de tratamento medicamentoso.	Perda de 20-30% do peso corporal. Se insucesso encaminhar ao especialista ou considerar a possibilidade de tratamento cirúrgico.	

Fonte: Cunha SFC. Problemas Nutricionais em Adultos. Estud. Av. 2007;21(60):155-160.

Quadro 1 – Critérios para seleção das estratégias de tratamento da obesidade, de acordo com o IMC (kg/m^2) e a presença ou não de fator de risco. São Paulo, 2007

O IMC é um parâmetro utilizado por sua rapidez e facilidade de cálculo, assim como por apresentar correlação significativa com a gordura corporal, a morbidade e a mortalidade. É estimativa para determinar se uma pessoa pode ter problemas de saúde em decorrência do excesso de peso. Assim, IMC superior a $30\text{kg}/\text{m}^2$ implica maiores riscos. A combinação dos valores de IMC e da circunferência da cintura tem

sido usada para identificar os riscos de complicações metabólicas. Para indivíduos com IMC acima de 40kg/m^2 , a medida da cintura pode ser desnecessária, pois apenas a avaliação baseada no IMC já indica risco alto para a saúde.

É importante que os tratamentos para obesidade não estejam voltados apenas para a redução do peso corporal, levando ainda, em consideração as necessidades de cada sujeito para que não ocorra somente a melhora da qualidade de vida relacionada à saúde física, mas, também, à saúde mental (ALMEIDA; LOUREIRO; SANTOS, 2001).

Os programas de perda de peso mais eficientes envolvem combinação de dieta, exercício físico, modificações do comportamento e, em alguns casos selecionados, a medicação farmacológica ou tratamento cirúrgico. A estratégia dos programas comportamentais busca auxiliar os indivíduos a modificar comportamentos alimentares e físicos (ROSENDO et al., 2005).

1.2.1 ESTRATÉGIAS EM GRUPO BASEADAS NA EDUCAÇÃO ALIMENTAR

A prática educativa em saúde, utilizando atividades grupais, não é proposição recente. Na Europa, desde o século XVIII, eram elaborados almanaques populares visando difundir cuidados “higiênicos” a serem praticados por gestantes, incentivo para o cuidado com as crianças e medidas de controle das epidemias (CHIESA; VERÍSSIMO, 2004).

A inauguração do recurso grupo terapêutico começou com o fisiologista americano J.Pratt que, a partir de 1905, em uma enfermaria com mais de 50 pacientes tuberculosos, criou, intuitivamente, o método de “classes coletivas”, as quais consistiam em uma aula sobre a higiene e os problemas da tuberculose,

seguida de perguntas dos pacientes e da sua livre discussão com o médico (ZIMERMAN, 1993).

Ainda, segundo o autor, o ser humano é gregário por natureza e somente existe ou subsiste em função dos inter-relacionamentos grupais. Sempre, desde o nascimento, o indivíduo participa de diferentes grupos, numa dialética entre a busca de sua identidade individual e a necessidade de uma identidade grupal e social.

Grupo é definido como o face a face de duas ou mais pessoas com propósitos ou metas comuns (TRENTINI; GONÇALVES, 2000). Pertencer a um grupo implica na construção de um processo de socialização, onde são estabelecidos códigos, reconhecidos valores e assimilada uma linguagem comum (SILVA et al., 2005).

As atividades educativas em grupo propiciam a cada um dos participantes constantes troca de informações, favorecem o esclarecimento de dúvidas e atenuam as ansiedades, pela convivência com problemas semelhantes já solucionados, onde o indivíduo consegue usar a experiência positiva ou negativa de um companheiro para o seu próprio processo de mudança (NOBRE; PIERIN; MION, 2001).

No Brasil, a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8080/90), a Norma Operacional Básica do SUS, de 1996, e a Portaria nº1399 da Fundação Nacional de Saúde de 1999, definem e estabelecem como competências do Estado a responsabilidade de criação de programas de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, tendo em destaque a educação como uma das atividades a ser realizada (MAGNABOSCO, 2007).

Nesse sentido, a educação alimentar tem papel importante em relação ao processo de transformação e mudanças, a recuperação e promoção de hábitos alimentares saudáveis, que podem proporcionar conhecimentos necessários à

autotomada de decisão para a formação de atitudes, hábitos e práticas alimentares sadias e variadas (ROTENBERG; VARGAS, 2004).

Nessa perspectiva, através Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição do Brasil (CGPAN/DAB/SAS/MS) foi apresentada como diretriz, a promoção da alimentação saudável, e implantadas algumas sugestões sobre alimentação como, por exemplo, o manual: Os Dez Passos de uma Alimentação Saudável. Nele constam as seguintes orientações: comer frutas, legumes e verduras, usar açúcar e sal com moderação, evitar balas, frituras, enlatados, refrigerantes e outras guloseimas. Os objetivos dessas recomendações são: (1) aumentar o nível de conhecimento da população sobre a importância da promoção à saúde e de se levar uma vida ativa; (2) modificar atitudes e práticas sobre alimentação e atividade física e (3) prevenir o excesso de peso (BRASIL, 2004).

Dessa forma, é mais econômico prevenir novos casos de sobrepeso/obesidade para a melhoria de vida e saúde. A promoção da saúde é um meio de intervenção, no entanto, a promoção da saúde é processo ativo, não é algo que possa ser prescrito ou ordenado (BRIENZA et al., 2002).

Alguns estudos revelam que iniciativas focadas na alimentação saudável trazem resultados satisfatórios nas condições nutricionais e de saúde. O Programa de Educação Alimentar, desenvolvido de maio de 1998 a fevereiro de 2000, com 125 pessoas no município de Ribeirão Preto, SP, é um exemplo. Após dois meses de intervenção, foi observado, de modo geral, que houve mudanças no estilo de vida e redução do peso corporal, por elevação de 15% dos participantes com IMC saudável e redução de 9% daqueles com sobrepeso. Foi constatado que o desafio maior não estava na perda de peso corporal, mas sim na sua manutenção ao longo do tempo (BRIENZA et al., 2002).

Outra iniciativa, em 1998, foi o Grupo de Controle de Peso (GCP) do Hospital de Medicina Alternativa (HMA) da Secretaria da Saúde do Estado de Goiás, com o objetivo de propiciar espaço conjunto para a troca de experiências e informações sobre alimentação e controle de peso, de maneira a contribuir para a conquista de manutenção da saúde do corpo e da mente. A equipe técnica responsável por essa atividade foi constituída por uma nutricionista, uma psicóloga, um médico, uma assistente social e uma enfermeira. A população estudada foi constituída por 15 pessoas com sobrepeso e obesidade, integrantes do GCP há pelo menos seis meses. Os dados coletados por entrevistas revelaram que a motivação dos sujeitos está relacionada ao fato de terem espaço onde são acolhidos, quando do desafio para lidar com a obesidade, na busca de recursos internos para superar dificuldades e compreender motivos dos maus hábitos alimentares (COSTA; MUNARI, 2004).

Em 2005, o Grupo de Educação Alimentar, iniciado na Estratégia de Saúde da Família, em Diadema, SP, contou com a participação de 18 participantes com sobrepeso e obesidade. O trabalho realizado nesse grupo permitiu reconhecer a complexidade dos aspectos envolvidos no processo de reorientação com vistas à mudança de hábito alimentar e estilo de vida mais saudável, bem como a importância de trabalho integrado com a equipe multiprofissional de saúde e os usuários. Frente à temática adotada e às estratégias utilizadas no Grupo de Educação Alimentar, foi possível verificar o estabelecimento de reflexões sobre as condições alimentares e nutricionais, possibilitando melhora na qualidade de vida dos participantes. Ainda, propiciou interação entre os membros do grupo por meio da troca e fornecimento de receitas e o preparo de alimentos por meio das experiências relatadas pelos participantes (PEREIRA; HELENE, 2006).

Em função da citação acima, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem proposto um modo de cuidar da saúde, tendo a família como objeto de atenção, considerando-a em seu contexto social, econômico e cultural. Estabelece, ainda, que uma equipe multiprofissional seja responsável pela saúde da população nas ações de prevenção da doença, promoção e tratamento da saúde (SOUSA, 2008).

Ainda, segundo o autor, a proposição da mudança do modelo assistencial em saúde, mediante a implantação da ESF, leva à necessidade de discussão sobre os referenciais teóricos e metodológicos mais adequados para a transformação da prática educativa. A promoção da saúde configura-se como instrumento para capacitação dos indivíduos para aumentar o controle sobre os determinantes da saúde. Nessa perspectiva, as ações educativas assumem um novo caráter, mais aderente aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Particularmente na ESF, em que o indivíduo se mantém participativo, a complexidade da relação educativa acentua-se, pois é nesse âmbito que eles fazem suas próprias escolhas e, também, se torna mais importante o conhecimento sobre o estado de saúde e a relação desse com o modo de vida e trabalho.

1.2.2 ADESÃO AO TRATAMENTO

Conceituar e definir adesão constitui algo complexo, pois não há consenso sobre o que constitui uma definição ideal. Embora a adesão seja frequentemente descrita como variável dicotômica (adesão *versus* não adesão), o termo pode variar ao longo de uma escala contínua de zero a 100%, principalmente em pessoas que utilizam diferentes estratégias de tratamento (OSTERBERG; BLASCHKE, 2005).

O termo aderência ou adesão expressa compreensão e cooperação, subentendendo comportamento ativo por parte do sujeito e sugerindo envolvimento

colaborativo no processo de planejamento e implantação do seu tratamento (GUSMÃO; MION, 2006; MORISKY et al., 1986; MIDENCE et al., 1998).

A adesão é variável que mede o nível de participação do sujeito em seu tratamento, seguindo as orientações de um profissional da saúde. Não é questão fácil de ser estudada, pois não existe um padrão-ouro que possa medi-la. O comportamento da adesão deve ser medido como variável contínua, preferencialmente à sua categorização como aderente ou não aderente, para garantir que sejam adequadamente observadas todas as variações de caráter comportamental (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

A literatura traz diversos termos relacionados à adesão, os quais, em alguns estudos, são utilizados como sinônimos e em outros como conceitos divergentes, a saber: *compliance*, *adherence*, *self-care behaviors*, *mutuality* e *therapeutic alliance*. No idioma inglês, os termos *compliance* e *adherence* são os mais utilizados e possuem significados diferentes. O termo *compliance*, que pode ser traduzido como obediência, pressupõe papel passivo por parte da pessoa no seguimento de seu tratamento. Já o termo *adherence* é utilizado como escolha livre da pessoa em seguir, ou não, certa recomendação (BRAWLEY; CULOS-REED, 2000).

Assim, o termo *adherence* tem sido eleito por diversos autores como o termo ideal para definir adesão, uma vez que sugere participação voluntária e ativa por parte da pessoa na escolha de seu tratamento. Além disso, parece sustentar tom menos autoritário dos profissionais de saúde que prescrevem o tratamento instituído (BRAWLEY; CULOS-REED, 2000; GOMES-VILLAS BOAS, 2009; HAYNES, 1979; MCNABB, 1997).

O tipo de enfermidade tratada também reflete sobre a aderência. Tratamentos crônicos ou de longa duração têm, em geral, menor adesão, visto que esquemas

terapêuticos exigem grande empenho do sujeito que, em algumas circunstâncias, necessitam modificar seus hábitos de vida para cumprir o tratamento (GUSMÃO; MION, 2006; LEITE, 2005; LEITE; VASCONCELLOS, 2003).

Para avaliar a adesão devem ser empregados padrões de confiança e validade. Devem ser levados em consideração os objetivos do pesquisador, a precisão das necessidades associadas à dieta, os recursos disponíveis, a resposta esperada do participante e como os resultados serão usados. Uma estratégia para avaliar a adesão com uma única medida não tem se mostrado adequada. A tendência atual, recomendada na avaliação da adesão comportamental, é um método múltiplo que combine relato pessoal prático e medidas objetivas razoáveis (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

A adesão é processo dinâmico e contínuo em que se deve reconhecer a existência de um componente motivacional. A adesão ao tratamento é conquista árdua, e o primeiro passo recomendado nessa direção é a concordância do indivíduo com as condutas propostas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003; MARTINS, 2005; MIHALKO, 2004; ROBINER, 2005).

Em se tratando do tratamento da obesidade, é fundamental a conscientização a respeito da doença e suas implicações, dos mecanismos defensivos e de quanto o próprio indivíduo resiste à implicação para a tarefa de emagrecimento (ANARUMA, 1995).

A intervenção nutricional tem como objetivo auxiliar no tratamento e prevenção de doenças, na proteção e promoção de vida mais saudável, conduzindo ao bem-estar geral de um indivíduo. A educação ou aconselhamento nutricional é processo que objetiva mudança de comportamento, e não apenas a melhora do conhecimento sobre nutrição. Essa mudança deve ser específica em relação às

necessidades e à situação de saúde de cada indivíduo (BERALDO; VAZ; NAVES, 2004).

Inelmen et al. (2005) apontam que, entre os fatores que podem dificultar a adesão ao tratamento da obesidade, se destacam os problemas pessoais, a ausência de apoio familiar, a falta de motivação e os resultados negativos na perda de peso durante o tratamento. Segundo os mesmos autores, estudos clínicos têm demonstrado taxa de desistência de até 80%.

E estudo realizado no Programa de Educação Alimentar de Ribeirão Preto, SP, com 116 indivíduos com sobrepeso e obesidade, apontou adesão de 50% dos participantes, em 10 semanas de intervenção. Sendo que a maior porcentagem era de indivíduos com obesidade graus II e III. Isso pode sugerir que pessoas mais obesas têm mais dificuldades para enfrentar e lidar com aspectos referentes à dieta e outros de ordem emocional (BUENO et al., 2011).

Não só os fatores psicológicos, mas também os ambientais, culturais e comportamentais exercem influência sobre aquilo que os indivíduos tentam mudar em seus hábitos alimentares. Dada a complexa interação entre esses fatores, o processo educacional sozinho raramente produz mudanças. Para desenvolver propostas compreensivas para o manuseio dietético, os profissionais devem integrar teoria e informação prática (FUSTER, 2001).

O impacto de baixa adesão cresce com o aumento das doenças crônicas no mundo. Estima-se que cerca de metade dos portadores de algum tipo de desordem crônica apresente baixa adesão, de tal forma que os benefícios à saúde, propiciados pelo tratamento clínico, não são atingidos. Isso significa desafio para a educação do paciente e para o avanço do manuseio do paciente com doença crônica (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

Considera-se que a não adesão à dieta, para redução de peso, está em torno de 50% ou mais, com poucas pessoas conseguindo manter o peso reduzido. O abandono do tratamento é observado muito precocemente e os índices de baixa adesão tendem a aumentar no decorrer do tempo. Assim, a atenção deve ser direcionada não só para a adoção do tratamento como, também, para sua manutenção a longo termo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

Ainda, a busca por melhor qualidade de vida oferece motivação ao indivíduo com problemas crônicos de saúde para aderir ao tratamento, mas a adesão pode ser prejudicada pela complexidade do mesmo. Para entender a interface entre adesão e o conceito de qualidade de vida, é necessário, primeiramente, compreender o paciente com todas suas expectativas pessoais, suas características de personalidade e seus mecanismos de defesa, os quais norteiam sua relação com os outros e com o meio (PEREZ; ROMANO, 2003; ROMANO, 2001). Sem considerar a realidade do paciente, ou seja, sua atividade ocupacional, suas rotinas, seus horários, sua disponibilidade financeira, seus hábitos regionais, entre outros, visando à individualização da intervenção, dificilmente se alcança um bom nível de adesão ao tratamento (CARVALHO, 2005).

Diante dessas considerações, o desenvolvimento de estudos para investigar os motivos que contribuem para o abandono do tratamento da obesidade pode contribuir para o planejamento de estratégias de intervenção mais eficazes, diminuindo o impacto das consequências desse agravo para a saúde pública.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Investigar a taxa de abandono do tratamento da obesidade e seus aspectos motivacionais.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar a taxa de abandono de um programa para perda de peso.
- Investigar os motivos que levaram os participantes a desistirem do programa a partir de autorrelatos.
- Avaliar a motivação para a continuidade de um tratamento de perda de peso.
- Avaliar a percepção e a satisfação corporal dos sujeitos.
- Verificar a adequação pôndero-estatural e medida de depósito de gordura abdominal.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo e sujeitos

Trata-se de estudo descritivo exploratório, com delineamento quantitativo.

O estudo descritivo exploratório tem o objetivo de observar, descrever e explorar aspectos de uma situação; descreve de que modo os fenômenos observados se manifestam e se relacionam com outros fatores (POLIT; HUNGLE, 1995).

O estudo foi realizado a partir de uma amostra do banco de dados do PRAUSP–EERP que contém informações de, aproximadamente, 196 pessoas que abandonaram ou não o programa. Foram formados 14 grupos no período de 2004 a 2009. Todos os sujeitos são adultos de ambos os sexos, com idade entre 20 e 59 anos.

Os critérios de exclusão de participantes foram os seguintes: gravidez, deficiência física, apresentada na direta observação pela pesquisadora, eutrofia na época da participação.

Esse Programa foi criado em 1998 e implantado em diversas unidades de saúde do distrito oeste de Ribeirão Preto, SP. A partir de 2005, passou a ser desenvolvido também no Centro Multidisciplinar de Promoção à Saúde e Prevenção de Doenças (CMPSPD), sob responsabilidade da Coordenadoria do *Campus* de Ribeirão Preto – USP (CCRP), atendendo pessoas com excesso de peso dessa comunidade, entre elas funcionários da CCRP, Hospital das Clínicas e Hemocentro, além de alunos e docentes das unidades do *Campus* da USP.

O Programa é desenvolvido no Centro Multidisciplinar de Promoção à Saúde e Prevenção de Doenças (CMPSPD), localizado à rua Paineiras, nº22, no *Campus* da USP – Ribeirão Preto, SP, por equipe multiprofissional e interdisciplinar composta

por nutricionista, psicóloga, educador físico e uma aluna do curso de graduação em Enfermagem, tendo duração de 10 semanas, sendo que há um encontro por semana sempre às segundas-feiras, após o almoço, com duração de 1 hora e 30 minutos, para orientação alimentar, apoio psicológico e estímulo ao exercício físico. A orientação alimentar baseou-se em discussão dos temas: grupos alimentares, sugestão de cardápio, trocas saudáveis, mudança de hábito, *diet* e *light*, gorduras e colesterol, entre outros assuntos.

A clientela do PRAUSP–EERP foi constituída por sujeitos que buscaram o Programa após sua divulgação no Jornal da USP. Posteriormente às inscrições dos interessados, os grupos foram formados de acordo com o grau de excesso de peso, necessidades e anseios comuns dos participantes. Todas as pessoas tiveram seus dados coletados mediante autorização por escrito fornecida no primeiro encontro do grupo por meio do termo de consentimento livre e esclarecido.

3.2 Procedimentos

A taxa de abandono do PRAUSP foi investigada através de levantamento e análise, a partir de um banco de dados que contém informações de todos os indivíduos que completaram os 10 encontros do Programa. Além disso, foram utilizadas as fichas de anamnese inicial, preenchidas pelos participantes no primeiro encontro da intervenção, para identificar aqueles que desistiram, ou seja, que tiveram 30% ou mais de faltas e não participaram da avaliação final, critério esse adotado pelo Programa.

Para investigar os motivos do abandono, os desistentes foram contactados via telefone e, após aceite para participar da pesquisa, foi definida a data e o local

(CMPSPD ou local de trabalho) da entrevista para a coleta de dados. Antes desse procedimento, os sujeitos assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A).

Na entrevista, foram feitas perguntas abertas e fechadas, pela pesquisadora, seguindo o instrumento de coleta de dados, construída para esse estudo (APÊNDICE B). Os participantes foram interrogados sobre dados sociodemográficos, abandono do programa, seus motivos, satisfação corporal e tentativas de perda de peso.

Para avaliação antropométrica, houve mensuração do peso, utilizando-se balança portátil digital eletrônica Plenna, com capacidade máxima para 150kg, mínima para 2kg e precisão de 50g. O indivíduo manteve-se em cima da balança, sem calçados e com roupas leves, posicionando-se no centro da plataforma da balança com os braços estendidos ao longo do corpo. Os sujeitos foram orientados a retirar objetos tais como chaves, cintos, óculos, telefone celular e quaisquer outros que pudessem interferir no peso total (BRASIL, 2004).

A estatura foi aferida com antropômetro portátil, altura máxima de 2,0m e precisão de 0,1cm. O indivíduo permaneceu descalço, com os pés formando um ângulo de 45° e com os calcanhares encostados na barra da escala de medida. Permaneceu em pé, ereto, olhando para frente, sem fletir ou estender a cabeça e sem adornos (chapéus, arcos, prendedores etc.). A barra horizontal foi abaixada até repousar no topo da cabeça. A leitura foi feita o mais próximo de 0,5cm (BRASIL, 2004).

A medida da circunferência da cintura foi utilizada como preditora de risco de complicações metabólicas associadas à obesidade. Com uma fita métrica inextensível, mediu-se a circunferência da menor curvatura localizada entre o último

arco costal e a crista ilíaca, sendo que o indivíduo permaneceu em pé, ereto, com os músculos abdominais relaxados, braços estendidos ao longo do corpo e com os pés afastados numa distância de 25 a 30cm. A roupa foi afastada, de forma que a região da cintura ficasse despida (BRASIL, 2004).

3.3 Análise de dados

Os dados obtidos foram armazenados em um banco de dados, utilizando-se a técnica da dupla verificação para garantir a confiabilidade dos mesmos. Para a análise dos dados foi utilizada a estatística descritiva.

3.3.1 Índice de massa corporal (IMC)

O peso e a estatura foram utilizados para cálculo do índice de massa corporal (IMC), utilizado para verificar a adequação do peso pela altura, cuja fórmula está representada abaixo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000). E classificado de acordo com o Quadro 2.

$$\text{IMC} = \text{peso atual} / (\text{altura})^2$$

Esse IMC, calculado no momento da entrevista, a partir do peso e altura aferidos, foi chamado de IMC real para diferenciá-lo do IMC referente às silhuetas escolhidas pelo indivíduo, na Escala de Figuras de Silhuetas.

IMC (kg/m²)	Classificação
< 18,5	Baixo peso
18,5 – 24,9	Normal
25,0 – 29,9	Sobrepeso
30,0 – 34,9	Obesidade grau 1
35,0 – 39,9	Obesidade grau 2
≥ 40	Obesidade grau 3

Fonte: Modificado de WHO (2000).

Quadro 2 – Classificação do estado nutricional, segundo o IMC

3.3.2 Circunferência da cintura (cc)

Os dados obtidos em relação à circunferência da cintura foram categorizados segundo pontos de corte propostos pela World Health Organization(2000), expostos na Tabela 1.

Tabela 1 – Pontos de corte da medida da circunferência da cintura, em centímetros, relativos ao risco de complicações metabólicas associadas à obesidade, segundo sexo

Risco	Sem alteração	Elevado	Muito Elevado
Sexo			
Masculino	<94cm	94≤CC<102	≥102
Feminino	<80cm	80≤CC<88	≥88

Fonte: WHO (2000).

3.3.3 Dados sobre percepção e satisfação corporal

A percepção e a satisfação corporal foram investigadas utilizando-se a Escala de Figuras de Silhuetas – *Contour Drawing Rating Scale* (Anexo B). Essa escala foi desenvolvida e validada por Thompson e Gray (1995) e, recentemente, adaptada e validada para adultos brasileiros por Kakeshita (2008). A escala consiste de 30 silhuetas, sendo 15 de cada gênero, apresentadas em cartões individuais, com variações progressivas na escala de medidas, da figura mais magra à mais larga, considerando-se inclusive a relação cintura/quadril. O IMC das silhuetas varia de $12,5\text{kg/m}^2$ até $47,5\text{kg/m}^2$, com intervalos constantes de $2,5\text{kg/m}^2$ entre silhuetas seguidas.

O indivíduo foi solicitado a escolher um cartão, dentre os dispostos sobre uma superfície plana, em série ordenada ascendente, com a silhueta que mais se aproximava da imagem que tinha de seu próprio corpo no momento da entrevista, gerando, assim, a variável Silhueta Atual com seu respectivo IMC atual. Após anotar essa primeira escolha, solicitou-se que o sujeito indicasse qual cartão continha a silhueta que mais se aproximava daquela que gostaria de ter, gerando novamente uma variável, denominada Silhueta Desejada, com seu respectivo IMC desejado e tomou-se nota dessa nova escolha.

3.3.4 Critério Padrão de Classificação Econômica Brasil

A análise dos resultados referentes à classificação econômica dos indivíduos seguiu as orientações do documento Critério Padrão de Classificação Econômica Brasil/2009 – o novo critério de classificação econômica Brasil (CCEB, 2009). Os

valores correspondentes às alternativas escolhidas pelos indivíduos, quando questionados sobre a quantidade de itens que possuíam em sua casa, encontram-se no Quadro 3.

Posse de itens	Não tem (Pontuação)	Tem (Quantidade) (Pontuação)			
		1	2	3	4
Televisores em cores	0	1	2	3	4
Videocassete/DVD	0	2	2	2	2
Rádios	0	1	2	3	4
Banheiros	0	4	5	6	7
Automóveis	0	4	7	9	9
Empregadas mensalistas	0	3	4	4	4
Máquinas de lavar	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer(*)	0	2	2	2	2

(*) Independente ou 2ª porta da geladeira

Fonte: Critério Padrão de Classificação Econômica Brasil (2009).

Quadro 3 – Sistema de pontuação relativo à posse de itens, segundo o Critério Padrão de Classificação Econômica Brasil, 2011

Para a classificação econômica da família, levou-se em consideração, ainda, a escolaridade do chefe da família. No quadro abaixo, encontram-se os valores de pontuação referentes a essa variável.

Grau de instrução do chefe da família	Pontuação
Analfabeto/ até 3ª série fundamental	0 pontos
4ª série fundamental	1 pontos
Fundamental completo	2 pontos
Médio completo	4 pontos
Superior completo	8 pontos

Fonte: Critério Padrão de Classificação Econômica Brasil (2009).

Quadro 4 – Sistema de pontuação relativo ao grau de escolaridade do chefe da família, segundo o Critério Padrão de Classificação Econômica Brasil, 2011

A seguir, são apresentados os pontos de corte das classes econômicas, de acordo com a pontuação obtida pela somatória das respostas dadas pelos

indivíduos nas questões posse de itens e escolaridade do chefe da família (Quadro 5).

Classes Econômicas	Pontuação
A1 - *RFM= R\$9733,47	42 a 46 pontos
A2 - RFM= R\$6563,73	35 a 41 pontos
B1 - RFM= R\$3479,36	29 a 34 pontos
B2 - RFM= R\$2012,67	23 a 28 pontos
C1 - RFM= R\$1194,53	18 a 22 pontos
C2 - RFM= R\$726,26	14 a 17 pontos
D - RFM= R\$484,97	8 a 13 pontos
E – RFM = R\$276,70	0 a 7 pontos

*RFM – Renda Familiar Mensal

Fonte: Critério Padrão de Classificação Econômica Brasil (2009).

Quadro 5 – Pontos de corte para as classes econômicas, segundo o Critério Padrão de Classificação Econômica Brasil, 2011

3.4 Aspectos Éticos

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EERP-USP, sob o Protocolo nº 1140/2010, por se tratar de estudo com seres humanos (Anexo C).

3.5 Estudo piloto

Anteriormente à coleta de dados propriamente dita, realizou-se estudo piloto para teste e avaliação dos instrumentos e procedimentos utilizados. Com amostra composta por nove sujeitos que participaram do PRAUSP entre 2004 e 2009 e não concluíram o mesmo. Seis deles (66,7%) eram do sexo feminino e três (33,7%) do sexo masculino, com idade entre 39 e 55 anos. Essa etapa foi importante para adequação das questões e instrumentos utilizados, contudo, os dados oriundos do piloto não foram utilizados neste estudo.

3.6 Análise estatística

Os dados obtidos foram organizados em um banco de dados, utilizando-se a técnica da dupla verificação. No programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 16.1, os dados foram processados e analisados de forma descritiva (valores médios e desvios padrão) e inferencial.

Para avaliar possível diferença entre as médias de IMC real e atual e IMC atual e desejado, foi utilizado o teste t de Student pareado, tanto para a amostra geral, quanto dividida por sexo.

4 RESULTADOS

No período de 2004 a 2009, 196 sujeitos participaram do PRAUSP e, desses, quatro não foram incluídos na análise (três mulheres estavam grávidas e uma pessoa tinha eutrofia). Sendo assim, dos 192 participantes elegíveis para este estudo, 82 não completaram o programa, sendo considerados desistentes. Quando esse grupo foi contactado e convidado para participar da pesquisa, 10 (11,6%) sujeitos não foram localizados e 22 (25,6%) deles recusaram a proposta. Sendo assim, a amostra deste estudo foi composta por 50 indivíduos. A idade média foi de 46,8 anos (desvio-padrão: $\pm 9,1$ anos), variando de 22 a 64 anos, sendo que 35 participantes (70%) eram do sexo feminino e 15 (30%) do sexo masculino. A maioria (n=33; 66%) teve participação no programa entre os anos 2004 e 2006 e 17 (34%) frequentaram o PRAUSP, entre 2007 e 2009.

Conforme mostra o Quadro 6, a maioria dos indivíduos era casada ou vivia em união estável, e tinha o ensino médio completo como escolaridade mínima. Em relação à classificação econômica das famílias, quase metade foi classificada na classe B2, o que correspondia a renda familiar mensal de, aproximadamente, R\$2012,67, ou seja, em torno de quatro salários-mínimos.

Características socioeconômicas e demográficas		
Idade	n	%
20 a 29 anos	2	4
30 a 39 anos	7	14
40 a 49 anos	18	36
50 a 59 anos	20	40
>60 anos	3	6
Estado civil	n	%
Solteiro(a)	8	16
Separado(a)	10	20
Casado(a) ou união estável	30	60
Viúvo(a)	2	4
Nível de escolaridade	n	%
Ensino fundamental incompleto	3	6
Ensino fundamental completo	1	2
Ensino médio incompleto	1	2
Ensino médio completo	28	56
Ensino superior incompleto	5	10
Ensino superior completo	12	24
Classificação econômica	n	%
Classe A2 – *RFM= R\$6563,73	4	8
Classe B1 – RFM= R\$3479,36	17	34
Classe B2 – RFM= R\$2012,67	23	46
Classe C1 – RFM= R\$1194,53	5	10
Classe C2 – RFM= R\$726,26	1	2

*RFM – Renda familiar mensal

Quadro 6 – Características sociodemográficas e econômicas dos participantes do estudo. Ribeirão Preto, SP, 2010

Quanto às comorbidades presentes, a mais referida foi a hipertensão arterial sistêmica (n=19; 38%), seguida da dislipidemia (n=16; 32%) e diabetes (n=11; 22%) (Figura 1).

Figura 1 – Comorbidades dos participantes do estudo. Ribeirão Preto, SP, 2010

Em relação à prática de exercícios físicos, 18 (36%) pessoas confirmaram essa atividade, sendo que a metade faz caminhada com frequência menor ou igual a três vezes por semana (Quadro 7).

Exercício físico		
Prática de exercício físico	n	%
Sim	18	36
Não	32	64
Tipo	n	%
Caminhada	9	50
Dança	2	11,1
Musculação	4	22,2
Futebol	1	5,6
Ioga	1	5,6
Alongamento	1	5,6
Frequência	n	%
Menos ou até 3 vezes por semana	11	61,1
Igual ou mais que 4 vezes por semana	7	38,9

Quadro 7 – Prática de exercício físico relatada pelos participantes do estudo. Ribeirão Preto, SP, 2010

Quando questionados sobre o motivo que os levou ao abandono do programa, 23 (46%) sujeitos apontaram o horário como resposta, que, muitas vezes, coincidia com o seu horário de trabalho. Dezesseis (36%) sujeitos afirmaram mais de um motivo, conforme Quadro 8.

Motivo da desistência do PRAUSP		
Motivo 1	n	%
Horário	23	46
Não conseguiu seguir as orientações	7	14
Dia	6	12
Local	5	10
Outros (viajou, “preguiça”, não gostava da parte de psicologia)	5	10
Não se identificou com a equipe	2	4
Não conseguiu perder peso	1	2
Modelo de trabalho utilizado	1	2
Motivo 2	n	%
Horário	9	56,3
Dia	1	6,3
Não conseguiu seguir as orientações	2	12,5
Outros (viajou, “preguiça”, não gostava da parte de psicologia)	4	25

Quadro 8 – Motivo da desistência do PRAUSP pelos participantes do estudo. Ribeirão Preto, SP, 2010

Quando indagados sobre a expectativa que tinham no momento em que se inscreveram no programa, a maioria (n=31; 62%) relatou o emagrecimento como maior objetivo; três (6%) indivíduos não tinham nenhuma expectativa e oito (16%) indivíduos tinham mais de uma expectativa (Quadro 9).

Expectativa em relação ao PRAUSP		
Expectativa 1	n	%
Emagrecer	31	62
Melhorar a alimentação	13	26
Diminuir a quantidade de alimentos	1	2
Qualidade de vida	1	2
Apoio psicológico	1	2
Sem objetivo	3	6
Expectativa 2	n	%
Emagrecer	5	62,5
Qualidade de vida	2	25
Diminuir a quantidade de alimentos	1	12,5

Quadro 9 – Expectativa em relação ao PRAUSP. Ribeirão Preto, SP, 2010

Das expectativas relatadas, a maioria (n=31; 62%) alcançou o objetivo durante o tempo que permaneceu em tratamento (Quadro 10).

Expectativa em relação ao PRAUSP		
Alcançou expectativa 1	n	%
Sim	31	62
Não	13	26
Em parte	1	2
Alcançou expectativa 2	n	%
Sim	3	37,5
Não	5	62,5

Quadro 10 – Alcance das expectativas em relação ao PRAUSP. Ribeirão Preto, SP, 2010

Após a participação no PRAUSP, a maioria apresentou alguma tentativa de perda de peso (n=40; 80%). Desses, 21 (52,5%) tentaram por conta própria, restringindo a alimentação diária e três (7,5%) optaram pelo tratamento cirúrgico. A duração da tentativa para 17 (42,5%) pessoas, foi por até um ano e 12 (30%) desses estão empenhados em emagrecer até o atual momento (Quadro 11).

Tentativa de perda de peso após PRAUSP		
Houve tentativa	n	%
Sim	40	80
Não	10	20
Como	n	%
Por conta própria	21	52,5
Acompanhamento médico	5	12,5
Droga para emagrecer	7	17,5
Exercício físico	4	10
Tratamento cirúrgico	3	7,5
Duração (tempo)	n	%
Até 1 ano	17	42,5
1 a 2 anos	5	12,5
Mais que 2 anos	6	15
Até o atual momento	12	30

Quadro 11 – Tentativa de perda de peso após PRAUSP. Ribeirão Preto, SP, 2010

Como resultado das iniciativas para emagrecer, a maioria (n=32; 64%) apresentou redução de peso, sendo que 12 (37,5%) indivíduos perderam de um a cinco quilos. Quando questionados se ainda precisavam diminuir o peso, apenas seis (12%) indivíduos foram negativos na resposta. A melhora da saúde foi o motivo

mais frequente (n=24; 54,5%) para a redução de peso, e 15 (34,1%) indivíduos relatam que ainda precisam perder peso, de seis a dez quilos (Quadro 12).

Resultados da tentativa de perda de peso após PRAUSP		
Houve perda de peso:	n	%
Sim	32	64
Não	18	36
Quanto perdeu	n	%
Até 1kg	1	3,1
1 a 5kg	12	37,5
6 a 10kg	5	15,6
11 a 15kg	4	12,5
16 a 20kg	4	12,5
Mais que 20kg	6	18,8
Precisa perder mais peso	n	%
Sim	44	88
Não	6	12
Porque precisa perder peso	n	%
Melhorar a saúde	24	54,5
Por estética	3	6,8
Para atingir o peso ideal	15	34,1
Outros	2	4,5
Quanto precisa perder de peso	n	%
1 a 5kg	5	11,4
6 a 10kg	15	34,1
11 a 15kg	4	9,1
16 a 20kg	7	15,9
Mais que 20kg	13	29,5

Quadro 12 – Resultados da tentativa de perda de peso após PRAUSP. Ribeirão Preto, SP, 2010

Em relação à satisfação com a saúde, vários participantes apresentaram algum grau de satisfação: 4 (8%) deles estavam muito satisfeitos e 20 (40%) satisfeitos; já em relação ao corpo, 4 (8%) deles se mostraram muito satisfeitos e 10 (20%) satisfeitos, conforme demonstrado na figura a seguir (Figura 2).

Figura 2 – Sentimento dos participantes do estudo em relação à saúde e ao corpo. Ribeirão Preto, SP, 2010

Quando questionados se tinham intenção de frequentar o programa novamente, a maioria (n=26; 52%) foi positiva na resposta e um dos motivos apontados era porque precisavam de incentivo em grupo (n=8; 16%). Para os outros indivíduos, 15 (30%) não gostariam de participar do programa novamente e um dos motivos citados foi a preferência pelo atendimento individual. Nove pessoas (18%) não sabiam se participariam novamente (Quadro 13).

Nova participação no PRAUSP		
Participaria novamente	n	%
Sim	26	52
Porque	n	%
Precisa de incentivo em grupo	8	16
Precisa emagrecer	6	12
Quer melhorar a alimentação	6	12
Precisa de apoio psicológico	4	8
Quer interromper bebida alcóolica	2	4
Não	15	30
Porque	n	%
Prefere atendimento individual	4	8
Não responderam	2	4
Já teve sua oportunidade	2	4
Irá mudar de cidade	2	4
Horário inadequado	2	4
Segue sozinho pelo material recebido	2	4
Localização	1	2
Não sabe se participaria	9	18

Quadro 13 – Nova participação dos indivíduos no PRAUSP. Ribeirão Preto, SP, 2010

Em relação ao estado nutricional atual dos participantes, o IMC médio foi $33,8\text{kg/m}^2$ (desvio padrão: $6,8\text{kg/m}^2$), o que caracteriza condição de obesidade leve. No entanto, a maioria ($n=36$; 72%) encontra-se com obesidade de algum grau. O IMC dos sujeitos antes da participação no PRAUSP foi semelhante ($33,4\text{kg/m}^2 \pm 5,9\text{kg/m}^2$). Naquela época, a parcela de indivíduos com obesidade era menor ($n=33$; 66%) do que atualmente.

Na figura abaixo, pode-se perceber a mudança do estado nutricional dos indivíduos nesse período, com melhora dos índices de sobrepeso, piora dos índices de obesidade grau III e aparecimento de sujeitos com eutrofia.

Figura 3 – Estado nutricional dos participantes do estudo no início do PRAUSP e atualmente. Ribeirão Preto, SP, 2010

Quando aplicada a Escala de Silhuetas para avaliar a percepção corporal, o IMC médio da figura escolhida como aquela que o indivíduo achava que possuía no momento da entrevista (Silhueta Real), correspondeu a $37,1\text{kg/m}^2$ (desvio padrão: $6,7\text{kg/m}^2$), o que caracteriza obesidade grau II. Pôde-se perceber, ainda, que quase metade dos indivíduos ($n=24$; 48%) achava-se com obesidade grau III, porcentagem essa, bem superior à daquelas existentes nessa situação ($n=9$; 18%). O percentual

de pessoas que se viam com eutrofia (n=1; 2%) e com sobrepeso (n=6; 12%) foi inferior ao que realmente existia (n= 4; 8% e n=10; 20%, respectivamente).

O universo feminino da amostra apresentou média de IMC real de 37,4kg/m² (desvio padrão: 6,5kg/m²), e o masculino de 36,3kg/m² (desvio padrão: 7,2kg/m²), ambos classificados também como obesidade grau II.

Já em relação à silhueta escolhida como aquela que o indivíduo gostaria de ter (Silhueta Desejada), o IMC médio era de 26,5kg/m² (desvio padrão: 4,5kg/m²), caracterizando o estado de sobrepeso. Constatou-se que boa parte dos sujeitos (n=21; 42%) escolheu silhuetas que correspondiam ao sobrepeso. Apenas alguns indivíduos escolheram silhuetas que representam baixo peso (n=3; 6%) e obesidade grau II (n=2; 4%). Esses resultados encontram-se na figura a seguir.

Figura 4 – Índice de massa corporal real, atual e desejado, segundo amostra total. Ribeirão Preto, SP, 2010

A média do IMC desejado, por sexo, foi de 27,4kg/m² (desvio padrão: 4,2kg/m²) para as mulheres, classificado como sobrepeso. Para os homens, o valor encontrado foi de 24,5kg/m² (desvio padrão: 4,8kg/m²), classificado como eutrofia.

Com os dados obtidos pela aplicação da Escala de Silhuetas, foi possível investigar a imagem corporal dos sujeitos, pelas variáveis percepção e satisfação corporal. A percepção corporal foi avaliada comparando-se as médias de IMC atual e real e a satisfação corporal, pelas médias de IMC atual e desejado, utilizando-se o teste t de Student pareado. Constatou-se a diferença estatisticamente significativa ($p=0,01$) entre as médias de IMC atual ($33,8\pm6,8\text{kg/m}^2$) e real ($37,1\pm6,7\text{kg/m}^2$), indicando possível distorção da imagem corporal, com tendência à superestimação do tamanho corporal.

Em relação à satisfação corporal, encontrou-se diferença significativa ($p=0,00$) entre o IMC atual ($33,8\pm6,8\text{kg/m}^2$) e desejado ($26,5\pm4,5\text{kg/m}^2$), demonstrando que os indivíduos estavam insatisfeitos com seu peso e gostariam de pesar menos.

Ao analisar essas variáveis por sexo (Figura 5) houve superestimação do tamanho corporal nas mulheres ($p=0,00$), cujo IMC real foi de $37,4\text{kg/m}^2$ e o IMC atual foi de $33,1\text{kg/m}^2$. Dessa forma, elas se achavam com grau de obesidade mais grave do que de fato apresentam. Já para os homens, não houve diferença estatisticamente significativa ($p=0,33$) entre essas variáveis (IMC real= $36,3\text{kg/m}^2$ e IMC atual= $35,2\text{kg/m}^2$), demonstrando que esses apresentavam percepção mais adequada sobre o tamanho corporal.

A insatisfação corporal, quando analisada por sexo, foi verificada de forma significativa ($p=0,00$) tanto para os homens (IMC atual= $35,2\pm7,7\text{kg/m}^2$ e IMC desejado= $24,5\pm4,8\text{kg/m}^2$) quanto para as mulheres (IMC atual= $33,1\pm6,5\text{kg/m}^2$ e IMC desejado= $27,4\pm4,2\text{kg/m}^2$). Esses resultados podem ser visualizados na Figura 5.

Figura 5 – Índices de massa corporal real, atual e desejada, segundo amostra total e por sexo. Ribeirão Preto, SP, 2010
(* e ** p=0,00)

Neste estudo, investigou-se, também, o risco de complicações metabólicas relacionadas à obesidade, pela medida da circunferência da cintura (Figura 6). Considerando todos os sujeitos, o valor médio dessa variável, na época que os sujeitos participaram do PRAUSP, era de 105,4cm (desvio padrão: 14,3cm) e o atual foi de 100,3cm (desvio padrão: 15,8cm). A circunferência da cintura média dos homens antes do programa era de 112,5cm (desvio padrão: 15,1cm) e, atualmente, foi de 109,7cm (desvio padrão: 14,4cm). Nas mulheres, era de 102,4cm (desvio padrão: 13,1cm) e atualmente de 96,3cm (desvio padrão: 14,7cm). Apesar da diminuição observada, todos os valores são considerados de risco.

Figura 6 – Valores médios das circunferências da cintura (cc) inicial e atual, segundo a amostra total e por sexo. Ribeirão Preto, SP, 2010

Houve melhora, mesmo que de forma não significativa, da parcela de mulheres que tinha risco muito elevado dessas complicações, passando de 30 para 21 mulheres. Além disso, algumas delas ($n=4$; 8%) no momento da investigação apresentavam valores de circunferência da cintura sem alteração (Figura 7). Esse comportamento não foi observado nos homens.

Figura 7 – Número de mulheres, segundo a classificação da circunferência da cintura inicial e atual. Ribeirão Preto, SP, 2010

5 DISCUSSÃO

O crescimento da incidência de doenças crônicas, observado nas últimas décadas, relaciona-se, em grande parte, às mudanças econômicas, sociais e demográficas que determinam novos hábitos de vida. Entre eles, estão os comportamentos que desequilibram o balanço energético, induzindo o ganho de peso, principalmente relativos à alimentação inadequada e à redução da atividade física (DREWNOWSKI; POPKIN, 1997; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004).

A ingestão de alimentação variada e balanceada, a prática regular de exercícios físicos, o controle do estresse, a adoção de comportamento preventivo e o hábito de não usar drogas são componentes no sucesso do tratamento da obesidade (NAHAS, 1996). Entretanto, as mudanças relacionadas ao estilo de vida para a prevenção e o tratamento das doenças crônicas são caracterizadas, quase sempre, pela baixa adesão do indivíduo (ASSIS; NAHAS, 1999).

Neste estudo, ao avaliar 192 indivíduos com excesso de peso que participaram de um programa de educação nutricional, a taxa de abandono encontrada foi de 43,8%. Em estudo retrospectivo, realizado com a população atendida pelo mesmo programa, Bueno et al. (2011) avaliaram a participação de 116 indivíduos com excesso de peso e encontraram adesão de 50% após dois meses de acompanhamento. O presente estudo, portanto, buscou ampliar essa investigação, compreendendo amostra maior de sujeitos (n=192) e pesquisando os motivos que levaram ao abandono do tratamento.

Existe grande dificuldade e variabilidade na definição de critérios que retratem adequadamente o abandono do tratamento da obesidade. Em contrapartida, considera-se sucesso na adesão quando 20 a 45% dos participantes completam o protocolo (BAUTISTA-CASTAÑO et al., 2004).

Outro estudo, realizado por Guimarães et al. (2010), também com um grupo de indivíduos com excesso de peso em um programa de aconselhamento nutricional, encontrou taxa de abandono de 54,2%.

A baixa adesão ao tratamento nutricional a curto e longo prazo tem sido relatada com frequência na literatura. Inelmen et al. (2005), em protocolo com 383 indivíduos em tratamento ambulatorial individual para obesidade, relataram que, após o período de um ano, 77,3% abandonaram o tratamento ao final dos primeiros três meses e somente 22,7% dos indivíduos completaram todo o protocolo proposto.

Outros levantamentos, no entanto, revelam adesão maior. Rickheim et al. (2002) verificaram adesão de 72% de indivíduos diabéticos tipo 2 após três meses de acompanhamento. Aldana et al. (2005), em estudo com 337 adultos, encontraram taxa de abandono baixa (7,2%), após um mês de dieta com restrição calórica e programa de modificação da atividade física.

A taxa de abandono provavelmente pode ser maior nos tratamentos das doenças crônicas, pois aparenta necessitar de estratégias de mudanças internas e individuais que deverão ser levadas para o resto da vida.

Em se tratando de estratégia de educação nutricional realizada em grupo, pesquisadores consideram que intervenção em um estágio mais precoce previne doenças, promove vida saudável e sensação de bem-estar geral, o que é reconhecidamente vital (MARTINS; ABREU, 1997). Advertem, ainda, que somente o ato de entregar listas de alimentos e dietas meticulosamente calculadas não garante a adesão ou motiva os participantes a mudar comportamentos (PONTES, 2000).

Neste estudo, dos 50 sujeitos desistentes do PRAUSP, a maioria (66%) participou do programa entre os anos de 2004 e 2006 e o restante (34%), mais recentemente, entre 2007 e 2009. Ao considerar todos os desistentes (82), essa

proporção praticamente se manteve, ou seja, 59% deles frequentaram o programa há mais tempo (2004 e 2006) e 41% mais recentemente. Observa-se, assim, que os sujeitos, mesmo participando há bastante tempo da estratégia, foram bastante receptivos ao convite.

Isso sugere que pode ter havido vínculo entre os profissionais da equipe e o sujeito, vínculo formado no passado, o que pode ter contribuído para a aceitação na participação deste estudo. Quando os indivíduos buscam tratamento, procuram por alguém que se tornará muito valorizado e em que serão projetadas enormes expectativas de cura ou de melhora (TRINCA;OKUDA, 2010).

Neste estudo, notou-se predomínio das mulheres (70%), corroborando os dados de Pereira e Helene (2006) que descreveram experiência de implantação e desenvolvimento de um grupo de educação alimentar para adultos com sobrepeso. Esses autores encontraram predomínio das mulheres (89%) na amostra estudada.

As mulheres são as que mais frequentam as unidades de saúde. Acredita-se que sejam mais preocupadas com a saúde e com a prevenção de doenças do que os homens, talvez em decorrência de sua experiência na utilização dos serviços de saúde em outras fases da vida, em especial, para realização do pré-natal, parto e puericultura (CERVATO et al., 2005). Outros estudos mostram maior procura e participação em grupos de educação alimentar pelo sexo feminino quando comparado ao masculino (BRIENZA et al., 2002; TRENTINI; GONÇALVES, 2000; GONÇALVES; STEIN; KAPCZINSKI, 2008).

Apesar disso, a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) apontou, em 2009, frequência de excesso de peso maior entre os homens (51%) do que entre as mulheres (42,3%) na população nacional (IBGE,2010).

Sendo assim, há necessidade de se pensar em estratégias para que os homens participem mais efetivamente de atividades preventivas e de grupos de educação em saúde.

A idade é fator que predispõe o indivíduo ao excesso de peso (ROSA et al. 2005; TEICHMANN et al., 2006). Tanto homens quanto mulheres vivenciam queda da taxa metabólica ao envelhecer, ou seja, o corpo gasta menos energia para se manter funcionando aos 40 anos do que aos 20 anos (LAGE, 2007).

Segundo Cabrera e Filho (2001), o pico de ocorrência da obesidade nos adultos está na faixa de 45 a 64 anos. As doenças crônicas tornam-se mais frequentes com o avançar da idade e, nesse caso, a obesidade pode ser fator potencializador para complicações clínicas. O aumento de 20% do peso corpóreo eleva significativamente o risco de hipertensão arterial, doença coronariana, dislipidemias e *diabetes mellitus* tipo 2 (LIMA; SAMPAIO, 2007), reforçando a importância de estratégias de intervenção nessa fase de vida.

A média de idade dos participantes deste estudo foi de 46,8 anos, e mais da metade (58%) deles apresentou alguma comorbidade relacionada ao excesso de peso.

Também, houve predomínio de mulheres casadas, com nível de escolaridade acima de quatro anos e pertencentes à classe econômica B2. Esse estrato da população pode ter tido mais acesso aos veículos de informações que divulgam o PRAUSP, parece demonstrar preocupação com questões de saúde e estética e disposição para iniciar um tratamento para perda de peso. No entanto, parte dela apresentou dificuldade para manter-se no programa.

As diferenças socioeconômicas têm papel importante nas condições de saúde que influenciam diferentes fatores, tais como acesso ao sistema de saúde, grau de

informação, entendimento da condição médica e adesão ao tratamento (KANJILAL et al., 2006).

Segundo dados da POF (IBGE, 2004), a evolução de excesso de peso e obesidade entre as mulheres dos grandes centros urbanos apresentou relativa estabilidade, quando comparada às estimativas de pesquisa anterior realizada no país, em 1989 (Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição – PNSN). O maior grau de instrução parece ter sido determinante para o controle da obesidade, apesar de os índices serem ainda altos.

Em relação à prática de exercícios físicos, os achados neste estudo demonstram que apenas 18 pessoas (36%) são ativas. Corroborando outros levantamentos nacionais, a maioria dos brasileiros não tem o hábito de praticar atividade física desportiva regular (NUNOMURA, 1998). Monteiro (2004) revelou que 68% dos adultos que vivem na cidade de São Paulo são sedentários. No estudo de Gigante et al. (1997), realizado no município de Pelotas, RS, constatou-se que apenas 32% da população adulta praticava exercícios físicos nas horas de lazer.

A inatividade física e o baixo nível de condicionamento físico têm sido considerados fatores de risco para a mortalidade prematura tão importantes quanto o fumo, a dislipidemia e a hipertensão arterial (BLAIR et al., 1996). Estudos epidemiológicos têm demonstrado forte relação entre inatividade física e presença de fatores de risco cardiovascular como hipertensão arterial, resistência à insulina, diabetes, dislipidemia e obesidade (RENNIE et al., 2003). Por outro lado, a prática regular de atividade física tem sido recomendada para a prevenção e tratamento de doenças cardiovasculares, seus fatores de risco e outras doenças crônicas (PATE et al., 1995).

A obesidade ocasiona desvantagens mecânicas como o aumento da massa corporal, alterando os momentos de inércia e modificando a expressão do movimento. Esses fatores impõem nova situação ao sistema nervoso central, gerando maior dificuldade nas atividades locomotoras. Nesse sentido, quedas e desequilíbrios foram associados à redução da qualidade de vida em adultos obesos (FRANCISCO et al., 2009).

Estudos sobre o padrão de exercício físico da população obesa são escassos, já que não existe um estudo de base populacional que tenha investigado o nível de exercício físico da população, o que dificulta maior compreensão sobre a relação dessa à obesidade (ANJOS, 2006; MENDONÇA; ANJOS, 2004).

Apesar de a obesidade ser classificada como desordem primariamente de alta ingestão energética, evidências sugerem que grande parte da prevalência é devido, principalmente, ao baixo gasto energético em detrimento do alto consumo de alimentos enquanto que a inatividade física da vida moderna parece ser o maior fator etiológico do crescimento dessa doença nas sociedades industrializadas (ERIKSSON; TAIMELA; KOIVISTO, 1997).

Estudos epidemiológicos e de coorte têm demonstrado forte associação entre obesidade e inatividade física (GUSTAT et al., 2002; LAKKA et al., 2003), assim como tem sido relatada associação inversa entre atividade física, índice de massa corpórea (IMC), razão cintura/quadril (RCQ) e circunferência da cintura (RENNIE, et al., 2003). Esses estudos demonstram que os benefícios da atividade física sobre a obesidade podem ser alcançados com exercícios de intensidade baixa, moderada ou alta, indicando que a manutenção de um estilo de vida ativo, independente do tipo de atividade praticada, pode evitar o desenvolvimento dessa doença.

Para o tratamento da obesidade é necessário que o gasto energético seja maior que o consumo energético diário, o que leva a pensar que a simples redução na quantidade calórica pela dieta alimentar seja suficiente. No entanto, isso não parece tão simples, pois a mudança no estilo de vida, com aumento da prática de atividade física associada à educação alimentar mostra resultados mais satisfatórios na perda de peso (ACSM, 2001).

A adesão a modificações comportamentais como alimentação e exercício físico é um desafio no tratamento de doenças crônicas. No presente estudo, quando os sujeitos foram questionados quanto ao motivo que os levaram a abandonar o programa, 46% deles apontaram o horário inadequado como resposta, justificando que muitas vezes esse coincidia com o horário de trabalho. No entanto, os sujeitos já tinham essa informação no momento da inscrição, ou seja, parece que começaram o programa com certa motivação e, em algum momento, interromperam por algum motivo, conscientemente ainda não revelado.

Em estudo prospectivo, realizado por Teixeira et al. (2004), foram acompanhadas 158 mulheres adultas com excesso de peso, submetidas à terapia em grupo para mudança de comportamento. Os autores verificaram que os principais motivos para o abandono nos primeiros quatro meses do tratamento foram a falta de tempo para a participação no programa, problemas pessoais e limitações de saúde.

Em outro estudo, realizado em Brasília, DF, 33 adultos obesos e portadores de dois ou mais fatores de risco cardiovascular foram alocados aleatoriamente em dois grupos para acompanhamento por três meses. O grupo de intervenção (45,8% dos sujeitos), com aconselhamento nutricional em grupo, recebeu atendimento individual e participou de seis reuniões grupais para discussão sobre alimentação

saudável e atividade física, com dinâmicas e método participativo. O grupo controle (40,7% dos sujeitos), com atendimento padrão individual, foi assistido em três consultas ambulatoriais. Os fatores que levaram ao abandono do tratamento, segundo avaliação com os sujeitos de ambos os grupos, foram: problemas familiares, pessoais e de saúde, desinteresse e não comparecimento às entrevistas e consultas por falta de tempo (GUIMARÃES et al., 2010).

A motivação é um aspecto complexo e muitas variáveis, intrínsecas e extrínsecas, influenciam o processo em determinado momento (ROLLNICK, 1996). A motivação intrínseca é aquela que surge do indivíduo, abrange seus desejos, necessidades, metas e é estabelecida a partir do desejo de se alcançar recompensa interna. Exemplos de motivações internas são os desejos de se ter uma boa saúde, de prevenir doenças ou de perder peso. Já a motivação extrínseca é uma resposta a recompensas ou punições externas ao indivíduo e inclui o suporte social recebido e possíveis recompensas materiais. As orientações médicas para controle de uma doença são exemplos de motivação extrínseca, bem como as queixas familiares em ocasiões sociais sobre o consumo alimentar de um indivíduo, que podem atuar tanto de forma positiva como negativa. Isto é, podem estimular ou prejudicar a realização de mudanças de comportamento (TRUDEAU et al., 1998; ASSIS; NAHAS, 1999).

As influências motivacionais de hoje podem ser diferentes daquelas de amanhã e metas a curto prazo podem preceder as de longo prazo. O problema é que tornar-se ou permanecer saudável, ou aprender o que alguém precisa para um cuidado apropriado em diabetes ou doença cardiovascular, envolve metas a longo prazo, enquanto comer uma torta de chocolate, “só desta vez”, satisfaz uma meta de prazer a curto prazo (ROLLNICK, 1996).

Constata-se, assim, que os indivíduos podem variar em termos de sua adesão a componentes específicos do tratamento. O sujeito poderá apresentar maior dificuldade para aderir em alguns aspectos, como no caso das dietas, por implicar mudanças comportamentais no seu cotidiano (FRIEDMAN; BROWNELL, 1995).

Ainda não estão bem esclarecidos os motivos pelos quais alguns indivíduos adotam e sustentam comportamentos que contribuem para a perda de peso e sua manutenção, e outros não. Estudos sugerem como fatores preditores de boa adesão: ter elevado grau de motivação intrínseca, manter assiduidade aos encontros (SCHULUNDT et al., 1994), ser mais ativo (TEIXEIRA et al., 2004), ser do sexo masculino, ter idade avançada, apresentar IMC menor, ausência de tratamentos anteriores e de história familiar de obesidade (BAUTISTA-CASTAÑO et al., 2004). Comparando com as variáveis analisadas neste estudo (sexo e idade), nenhuma foi considerada como fator preditor para adesão. Esses dados podem sugerir que os sujeitos deste estudo apresentaram motivação de ordem extrínseca principalmente.

As desistências podem estar relacionadas, também, ao maior número de doenças associadas e à depressão (INELMEN et al., 2005). Estudos comunitários revelam que não há maior nível de psicopatologia na população geral de obesos quando comparada a indivíduos não obesos. Porém, indivíduos obesos que buscam tratamento especializado para perda de peso apresentam maior prevalência de sintomas ansiosos, depressivos, traços de impulsividade e inadequações no comportamento alimentar (FAIRBURN; BROWNELL, 2002).

Na promoção da adesão do indivíduo às orientações nutricionais, recomenda-se manter contato constante e formar um bom vínculo com o mesmo. Mudar hábitos alimentares requer mais do que uma sessão de trinta minutos. É importante agendar

uma série de sessões de acompanhamento para assegurar o uso de estratégias apropriadas à mudança de comportamento (MARTINS, 2005). Nesse sentido, o protocolo utilizado pelo PRAUSP prevê a realização de 10 encontros semanais de uma hora e meia, em grupo. As atividades em grupo são de fundamental importância para se reverter a falta de perspectiva de vida que acompanha muitas pessoas obesas, além de contribuir para a diminuição da demanda por consultas médicas, sendo fator decisivo na adesão ao tratamento (PONTES, 2000; ZUKERFELD, 1997).

A convivência com grupo que congrega pessoas com demandas semelhantes proporciona uma experiência que pode desenvolver clima de grande valor terapêutico, pois tal situação pode ajudar os participantes a quebrarem barreiras criadas por sentimentos de solidão e isolamento, especialmente pela possibilidade de receberem *feed-back* e sugestões construtivas de outras pessoas que vivenciaram ou vivenciam os mesmos problemas (PONTES, 2000; WERUTSKY; BARROS, 2000; MUNARI; RODRIGUES, 2003; ALVES et al., 2003; GOMES et al., 2003).

A referência aos efeitos benéficos do grupo, não só para o fato da perda do peso em si, mas para a melhora de outros aspectos resultantes da troca de sentimentos comuns, é, na realidade, a universalidade definida por Yalon (1975). Vários autores citam que essa experiência tem efeitos curativos sobre as pessoas (ZUKERFELD, 1997; WERUTSKY; BARROS, 2000; MUNARI; RODRIGUES, 2003; ALVES et al., 2003).

A intervenção multidisciplinar, que inclui médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, professores de educação física, farmacêuticos e assistentes sociais, pode resultar em melhor controle da perda de peso, visto que, trabalhando em equipe com pessoas obesas, torna-se mais fácil lidar com variáveis como a falta de

adesão, os esquecimentos e/ou dificuldade de compreensão das instruções (LOPES, 2003). Nesse contexto, a equipe realizadora do PRAUSP é composta por estudantes e profissionais das áreas de nutrição, psicologia e enfermagem, que buscam oferecer abordagem integral e humanizada.

A adesão e motivação também sofrem influência da expectativa que o sujeito tem acerca dos resultados das intervenções. Nesse sentido, a maioria (62,5%) dos sujeitos que participaram deste estudo desejava perder peso durante o programa e, para 62% deles, esse objetivo estava sendo alcançado. Diante desses dados, há de se pensar que os motivos que os levaram a abandonar o programa foram talvez mais fortes, independente dos resultados alcançados até aquele momento.

Após a participação no PRAUSP, 80% dos participantes deste estudo relataram ter feito alguma tentativa de redução de peso, sendo que 52,5% deles afirmaram ter tentado sozinhos e “por conta própria”. Como resultado das tentativas, 64% conseguiu emagrecer.

A obesidade, como doença crônica, necessita de acompanhamento e tentativas de tratamento contínuas na busca de qualidade de vida. O autocontrole alimentar é um dos aspectos centrais na redução de peso nas tentativas por conta própria. Como lembra Lupton (1996), o autocontrole é um dos aspectos mais dominantes ligados à noção de corpo “saudável” ou “civilizado”. Comer é geralmente entendido como uma experiência corporal que requer contínuo exercício de autodisciplina, evitando o comportamento feroz e dentro das normas da sociedade.

Para Chapman et al. (1995), a relação entre o que as pessoas sabem e o que elas fazem tem sido considerada como altamente tênue, pois o conhecimento não instiga a mudança, mas pode funcionar como um instrumento quando os sujeitos desejam mudar.

Restam dúvidas, contudo, quanto aos reais meios que a população dispõe para avaliar sua própria dieta e se as supostas alterações dietéticas, realizadas para a adoção de hábitos saudáveis, correspondem às recomendações dos guias alimentares. Tal fato é sustentado também pelo aumento da incidência e prevalência de doenças crônicas associadas à alimentação, quadro característico de transição nutricional que ocorre em todo o mundo (POPKIN, 2001). Um dos métodos mais utilizados para a realização dos estudos e pesquisas é a entrevista estruturada, por sua aplicação mais acessível e de menor custo. No entanto, o maior problema apontado para esse método é a superestimativa da adesão, pois, mais uma vez, o indivíduo pode omitir do entrevistador a forma como realizou o tratamento, na realidade (MILSTEIN-MSOCATI; PERSANO; CASTRO, 2000). Analisando os resultados encontrados, neste estudo, visto que a técnica de entrevista foi a mesma, indivíduos podem ter sub ou superestimado as respostas, por estarem livres para expressar as informações solicitadas.

Estudando a medida indireta de percepção do peso corporal com os sujeitos deste estudo, a maioria (88%) deles afirmou que ainda precisa perder peso, principalmente com o objetivo de melhorar a saúde e 34,1% afirmam necessidade de reduzir de 6 a 10kg. Nesse caso, elevada porcentagem de pessoas tem o desejo de pesar menos.

Estudo realizado por Russo e Azevedo (2010), com 53 tabagistas, identificou como principal fator motivador para a decisão de parar de fumar a preocupação com a saúde (69,8%), o que poderia sugerir a importância da informação dada pelo profissional de saúde no atendimento clínico. Dessa forma, a preocupação e cuidados com a saúde parecem ser fatores motivacionais para interromper hábitos inadequados de vida.

Nunes et al. (2001), em estudo com mulheres de 12 a 29 anos com o objetivo de medir a prevalência de comportamentos alimentares anormais, constataram que 45,8% dos sujeitos desejavam pesar menos do que na época do estudo, 40,9% queriam permanecer com o mesmo peso e 13,3% gostariam de pesar mais do que pesavam. Esses resultados foram inferiores aos encontrados neste estudo, talvez pelo fato de a maior parte dos sujeitos (82%) estar com o IMC normal e apenas 16% delas apresentarem sobrepeso e obesidade. No presente estudo, quase a totalidade dos participantes (92%) encontrava-se com excesso de peso.

A alta porcentagem de sujeitos com desejo de pesar menos leva às reflexões que alguns autores realizam apontando a forte tendência cultural em considerar a magreza como situação ideal de aceitação social. Encontra-se, também, alta correlação entre a pressão social de ser magro, a insatisfação corporal e a vontade de pesar menos (CATTARIN et al., 2000; PARHAM 1999; SMOLAK; LEVINE; SCHERMER, 1999; THOMPSON; COOVERT; STORMER, 1999).

A autopercepção do peso corporal é aspecto importante da imagem corporal; ela provavelmente reflete a satisfação e as preocupações sobre o peso corporal e pode ser influenciada por normas e padrões sociais da cultura dominante (VEGGI et al., 2004).

Neste estudo, quando questionados acerca do grau de satisfação com a saúde e com o corpo, constatou-se que 48% dos entrevistados estavam muito satisfeitos ou satisfeitos com a saúde; já com o seu corpo, apenas 28% apresentavam esses graus de satisfação.

Levando-se em consideração os estudos de Ogden e Evans (1996) e Paul e Brownell (2001), torna-se possível melhor compreensão dos resultados relacionados à autopercepção e ao grau de satisfação com o peso corporal encontrados no

presente estudo. Para esses autores, as normas sociais de magreza são responsáveis pela associação entre gordura e atributos negativos como preguiça, autoindulgência e lentidão.

Refletindo-se, ainda, sobre a insatisfação, 48% dos participantes deste estudo estão muito insatisfeitos ou insatisfeitos com o corpo. Esse fato pode estar associado à manifestação do desejo de alcançar peso corporal mais aceitável para si e para os outros, já que o corpo magro, em geral, está associado a atributos positivos como sucesso, atratividade, autocontrole, entre outros (OGDEN; EVANS, 1996; PAUL; BROWNELL, 2001).

Quando questionados se gostariam de participar do PRAUSP novamente, 52% dos sujeitos foram positivos na resposta e 16% deles afirmaram que precisam de incentivo em grupo para conseguir atingir suas metas para perderem peso.

Novas iniciativas e buscas por tratamento podem estar relacionadas à motivação, e essa se modifica com o tempo, além de ser influenciada pelo ambiente em que o indivíduo se encontra (WEST, 2004). A motivação pode ser influenciada por outrem, destacando aqui o papel do profissional de saúde na adequação de sua abordagem ao estágio motivacional e ao planejamento terapêutico, visando estimular mudanças compatíveis com o momento do indivíduo e aumentando as chances de procura e adesão ao tratamento (MILLER; ROLLNICK, 1991). De acordo com Fisberg et al. (2005), a maioria da população que procura por tratamentos encontra-se nos estágios iniciais de mudança e, portanto, não está preparada ou motivada para a ação. Talvez esse fenômeno explique a alta prevalência de abandono dos tratamentos.

Esses estágios constituem o Modelo Transteorético (PROCHASKA et al., 1992), também chamado teoria de estágios de mudança. Descreve a mudança de

comportamento como um processo no qual os indivíduos progridem, por uma série de fases ou estágios de mudança. Essas etapas têm sido documentadas na mudança comportamental de indivíduos, nas áreas de cessação do fumo, uso de substâncias, controle do peso, uso de protetor solar, uso de preservativos e promoção da atividade física. Os cinco estágios são: a) pré-contemplação: é o estágio no qual um indivíduo não tem intenção de mudar o comportamento de forma relevante, num futuro previsto. Nesse estágio, as pessoas não percebem ou recusam o conhecimento do risco, ou, ainda, decidiram por alguma razão não adotar comportamento mais saudável; b) contemplação: é o estágio no qual um indivíduo começa a considerar a necessidade de mudar o comportamento em algum ponto do futuro. As pessoas frequentemente permanecem nesse estágio por longo período de tempo, devido à dificuldade de avaliação dos custos e benefícios da mudança de seu comportamento; c) estágio da preparação: o indivíduo toma a decisão de mudar o seu comportamento, sendo mais comumente caracterizado como um período de planejamento da estratégia da mudança de comportamento; d) ação: é o estágio no qual os indivíduos implementam o seu plano de mudança de comportamento e começam a efetuar-lo de maneira consistente e e) manutenção: é o estágio final, no qual a prática comportamental já está solidificada e incorporada à rotina, sendo caracterizada por esforços para prevenir relapsos. O relapso pode ocorrer em qualquer parte dessa sequência, podendo ou não ser seguido por interrupção do progresso através dos estágios de mudança. Os estágios de mudança fornecem descrição de quando ocorrem trocas particulares em atitudes, intenções e comportamentos.

Estudo realizado em Belo Horizonte, MG, com 58 adolescentes obesos, entre 10 e 19 anos, que iniciaram o atendimento nutricional em um serviço de saúde

pública, demonstrou que 60,7% dos sujeitos encontravam-se nos estágios iniciais do modelo (pré-contemplação e contemplação), nos quais os indivíduos não manifestam desejo interno de se tratarem. Esse resultado demonstra a necessidade de desenvolver estratégias específicas para os mesmos, uma vez que, comumente, eles apresentam maior resistência frente a possíveis mudanças na alimentação. É importante, nesses estágios, desenvolver a conscientização do indivíduo para o problema, despertar o interesse, trabalhar na construção do vínculo e motivá-lo para o tratamento (OLIVEIRA; CUNHA; FERREIRA, 2010).

Ludwig et al. (2010) realizaram estudo com o objetivo de relatar a experiência de adultos de ambos os sexos com síndrome metabólica, participantes de um programa de mudança de estilo de vida para risco cardiovascular. Ao final dos encontros, os sujeitos demonstraram evolução no que se refere aos estágios de mudança. Grande parte deles iniciou o programa nos estágios iniciais de mudança e, ao longo do processo, tiveram atitudes condizentes como o estágio de preparação e alguns comportamentos, como o do estágio de ação.

Os indivíduos que buscam tratamento muitas vezes iniciam o seguimento sem perspectiva de bons resultados, mas, com o passar do tempo e, principalmente, quando completam o protocolo, migram para estágios mais benéficos (LUDWIG et al., 2010).

Os valores associados à obesidade e seu tratamento podem variar de uma sociedade para outra, nos diferentes contextos históricos. Consequentemente, a percepção da obesidade como doença pode estar prejudicada, pois as perspectivas acerca do que seja uma doença ou que aspectos levam à sua ocorrência, transformando-a em um problema a ser prevenido e/ou tratado, variam de acordo com as visões de mundo, crenças, comportamentos, percepções e atitudes diante

da doença, do mal-estar, da dor e de outras formas de sofrimento (BRASIL, 2006). Dessa forma, há de se pensar que os indivíduos que não procuram ou desejam o tratamento podem não perceber a obesidade como doença que pode ser tratada e prevenida nas suas complicações.

Em relação ao estado nutricional dos indivíduos do presente estudo, a prevalência de excesso de peso, antes da participação no PRAUSP, revelou que todos eles se encontravam com sobrepeso e obesidade nos seus diferentes níveis. Já, atualmente, 92% dos sujeitos encontram-se nessa situação e 8% estão eutróficos. No entanto, a parcela de indivíduos com obesidade grave aumentou de 12 para 18%. Esses resultados levam a pensar que, provavelmente, alguns indivíduos, mesmo desistindo do PRAUSP, continuaram motivados a perder peso e podem ter utilizado parte do material impresso e seguido as orientações que receberam durante o programa, caracterizando comportamentos típicos da fase de ação do modelo transteórico. Outros, porém, devem ter permanecido nas fases de pré-contemplação ou contemplação, sem modificação de hábitos, o que pode ter facilitado o ganho de peso.

A utilização da Escala de Silhuetas neste estudo se prestou para identificar a percepção e satisfação corporal pela escolha da figura relacionada ao corpo que o sujeito achava que tinha, no momento da entrevista (IMC real). Como resultados, houve superestimação do tamanho corporal pelos indivíduos, que se achavam com mais excesso de peso do que realmente tinham. Essa afirmação é validada quando foram analisadas as médias de IMC real e atual, cujos valores foram $37,1\text{kg/m}^2$ e $33,8\text{kg/m}^2$, respectivamente. Ainda, quase metade dos indivíduos (48%) percebia-se com obesidade grau III. Essa porcentagem é bem superior àquela existente (18%), enquanto que a percepção de eutrofia e sobrepeso foi inferior ao que realmente

existia. Isso pode ser indicativo de que aquelas pessoas com sobrepeso, mesmo não estando obesas, já se viam com tal.

Com a utilização da Escala de Silhuetas também foi possível avaliar a satisfação corporal, definida a partir da diferença entre o IMC medido (IMC atual) e o IMC da figura que representa o corpo que o indivíduo gostaria de ter. Dessa forma, grande parte dos sujeitos (42%) desejava ter IMC que correspondia ao sobrepeso (IMC desejado: $26,5\text{kg/m}^2$), sugerindo insatisfação corporal dada a diferença significativa com o IMC atual ($33,8\text{kg/m}^2$).

Esses resultados são consistentes com outros estudos quando mostraram que tanto homens quanto mulheres superestimaram o tamanho corporal (LAUS, 2009; McCABE et al., 2006) e estavam insatisfeitos com o corpo (LAUS, 2009; KAGAWA et al., 2007; SABBAAH et al., 2009). A forma de superestimação talvez seja diferente entre os gêneros. McCabe et al. (2006) sugeriram que as mulheres talvez superestimem seu tamanho porque acreditam que estão mais gordas do que realmente são. Já o sexo masculino superestima seu tamanho porque eles se percebem como mais musculosos do que de fato são.

Essa insatisfação é explicada, de certa forma, pelos fatores sociais, influências socioculturais, pressões da mídia e a busca incessante por um padrão de corpo ideal, associado a ideais de realização pessoal e felicidade, que estão entre as causas das alterações da percepção da imagem corporal, gerando insatisfação (CONTI, FRUTUOSO, GAMBARDELLA, 2005).

Vinculada à aparência física, a imagem corporal é a construção cognitiva e afetiva que o indivíduo realiza a respeito de seu próprio corpo (TAVARES, 2003). Essa imagem encontra-se estritamente relacionada ao ideal corporal que circula pela mídia na sociedade. Assim, as pessoas aprendem a avaliar seus corpos a partir da

interação com o ambiente, sendo, portanto, a autoimagem desenvolvida e reavaliada continuamente (TAVARES, 2003; BECKER, 1999).

Na modernidade, o ideal da cultura brasileira são corpos magros, firmes, esbeltos e delineados. Aqueles indivíduos, cujos corpos não se encontram dentro dessa condição e não atingem esse ideal cultural, podem desenvolver imagem corporal negativa de si, resultando em baixa autoestima e depressão (CASH, 1993). Apesar da pressão desenvolvida pela cultura na busca do corpo ideal magro, firme e delineado, a obesidade é universal, de prevalência crescente e vem adquirindo proporções alarmantes, inclusive em países que, paradoxalmente, ainda sofrem os efeitos da fome e da desnutrição crônica (MONTEIRO et al., 1992; FELLIPE, SANTOS, 2004; BERNARDI, CICHELERO, VITOLO, 2005; CAMPOS, LEITE, ALMEIDA, 2006; PINHEIRO, FREITAS, CORSO, 2004).

No presente estudo, houve tendência de as mulheres superestimarem suas medidas corporais, pois a média de IMC aferido (IMC atual) correspondia à obesidade grau I ($33,1\text{kg/m}^2$), enquanto que a média de IMC que elas se viam correspondia à obesidade grau II ($37,4\text{kg/m}^2$), diferença essa estatisticamente significativa ($p=0,00$). Já a insatisfação corporal, quando analisada por sexo, foi observada tanto nos homens (IMC atual= $35,2\text{kg/m}^2$ e IMC desejado= $24,5\text{kg/m}^2$) quanto nas mulheres (IMC atual= $33,1\text{kg/m}^2$ e IMC desejado= $27,4\text{kg/m}^2$). Esses resultados sugerem possível distorção e insatisfação corporal nessa amostra.

O fato de a população feminina apresentar maior distorção e insatisfação corporal sublinha a influência da cultura da magreza a ponto de encorajar e, provavelmente, manter comportamentos alimentares anormais e práticas inadequadas de controle de peso (NUNES et al., 2001).

Cabe lembrar, ainda, que o ideal de corpo feminino sofreu modificações com o passar do tempo, pois, até o início do século XX, a mulher era desejada quando tinha o corpo roliço, com deposição de gordura nos quadris, coxas, barriga e mamas. Isso acontecia, porque, na época pré-industrial, os períodos de carência alimentar eram frequentes e a mulher com peso excessivo simbolizava uma mulher forte, com energia suficiente para enfrentar esses períodos e proteger sua família. Porém, sobretudo a partir da década de 60, esse ideal de corpo vem se modificando, com a busca pelo corpo magro, atlético e com formas definidas, que passa a constituir o objeto de desejo, tendo em vista a oferta de produtos e serviços em um mercado que cresce a cada dia (FERRIANI et al., 2005; ALMEIDA et al., 2005; OLIVEIRA et al., 2003; ANDRADE, BOSI, 2003).

Para os homens deste estudo, não houve diferença estatística entre a média do IMC real ($36,3\text{kg/m}^2$) e do atual ($35,2\text{kg/m}^2$), ambos característicos de obesidade grau II, o que indica adequada percepção corporal por parte dos homens.

Esses dados estão em concordância com os achados de outros autores para o sexo feminino, mas não para o sexo masculino, já que em alguns estudos encontraram-se indícios de subestimação do tamanho corporal em homens (ZIEBLAND; ROBERTSON, NEIL, 2002; MADRIGAL et al., 2000; GARDNER et al., 1999).

Acompanhando a tendência do ideal de magreza feminina, Voracek e Fisher (2002) mostraram que os padrões antropométricos de mulheres fotografadas por revistas vêm se modificando com tendência de redução nos valores do IMC e aumento da relação cintura/quadril, demonstrando perspectiva de linearidade corporal. Por outro lado, Pope Júnior et al. (2000) constataram que, para os homens, ocorre tendência de se acatar, como ideal, um corpo mais forte e volumoso. Sendo

assim, homens e mulheres direcionam suas atitudes em relação a seus corpos no sentido de atender as pressões culturais da sociedade, na qual estão inseridos (SABINO, 2000).

A circunferência da cintura isoladamente tem sido considerada bom indicador nutricional, tendo em vista que sua medida independe da altura e se correlaciona fortemente com o IMC, além de predizer melhor o tecido adiposo visceral do que a relação cintura/quadril (CUPPARI, 2005). Também, tem sido utilizada como índice antropométrico de aferição mais simples, porém, mais representativa da gordura intra-abdominal (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2005).

Os valores médios da circunferência da cintura dos homens participantes deste estudo, na época do PRAUSP e atualmente, foram de 112,5cm e 109,7cm, respectivamente, e nas mulheres, de 102,4cm e 96,3cm, respectivamente. Apesar da diminuição observada, esses valores são característicos de risco muito elevado para complicações associadas à obesidade.

Contrariando esses achados, Castanheira, Olinto e Gigante (2003), em estudo com 3464 adultos, residentes na zona urbana de Pelotas, RS, encontraram, como média de circunferência da cintura dos homens, o valor de 92,8cm e das mulheres 91,3cm. O primeiro é característico de ausência de alteração de risco e o segundo, de risco muito elevado. Esses resultados são relativamente menores se comparados aos obtidos nesta amostra, provavelmente pelo excesso de peso que caracterizava os sujeitos do presente estudo.

Contrariando a premissa de que a obesidade androide, ou seja, quando o tecido adiposo está concentrado na região abdominal, é mais prevalente em homens do que em mulheres, não se encontrou correlação entre sexo e aumento da medida

da circunferência da cintura em alguns estudos (CHAMPE; HARVEY; FERRIER, 2006).

A alta prevalência da distribuição da obesidade abdominal encontrada neste estudo é preocupante, pois o aumento da gordura nessa região leva à exacerbação de alterações metabólicas, com estímulo da produção de VLDL (lipoproteínas de muito baixa densidade), indiretamente do LDL (lipoproteínas de baixa densidade), estimulação da glicogênese, redução da captação de glicose pelo músculo, resultando em hiperglicemia, hiperlipidemia e hiperinsulinemia, que são distúrbios metabólicos potencialmente aterogênicos (CUPPARI, 2005).

A experiência com o grupo de educação em saúde, adquirida desde a implantação do PRAUSP, tem possibilitado sugerir o quanto é difícil para cada pessoa defrontar-se com seus problemas, buscando suas causas e evitando consequências futuras que, no caso da obesidade, poderão ser drásticas. O receio de se deparar com transformações profundas na aparência, assim como a sensação de não corresponder à atenção recebida, pode determinar o afastamento de quem ainda não compreendeu que a socialização de tais temores certamente tornará mais ameno todo o processo (WERUTSKY, BARROS, 2000; MUNARI, RODRIGUES, 2003; ALVES et al., 2003).

Nesse sentido, espera-se que este estudo possa ter motivado os indivíduos, que abandonaram o PRAUSP, para futuras participações no programa, com maior engajamento e adesão.

Para obter melhores resultados das pessoas no programa, poder-se-ia pensar em incluir um familiar para que esse pudesse ajudar, incentivar e colaborar no tratamento do indivíduo obeso. Além disso, o desenvolvimento de novas estratégias de intervenção nutricional para a adoção de práticas alimentares saudáveis e a

identificação dos diferentes estágios de mudança de comportamento das pessoas, antes do programa, poderiam trazer menores índices de abandono.

Acredita-se que os programas de educação nutricional em ambientes coletivos possam ser beneficiados caso considerem os diferentes estágios de mudança comportamental, tendo em vista que cada um deles corresponde a diferentes atitudes e percepções perante a nutrição e a saúde. Dessa forma, o desenvolvimento de intervenções específicas para cada estágio de mudança de comportamento alimentar pode proporcionar maior eficácia quanto à motivação dos indivíduos a adotar e manter o comportamento alterado.

Algumas limitações deste estudo merecem ser mencionadas. A primeira delas refere-se à pequena amostra de indivíduos, o que traz restrição na análise e na significância estatística dos achados. Outra limitação é o fato de que não foram utilizados instrumentos diagnósticos padronizados para a avaliação da presença de ansiedade e depressão. Esses fatores devem ser considerados em outros estudos para melhor compreensão dos aspectos psicológicos envolvidos na adesão ao tratamento.

Espera-se, no entanto, que os resultados obtidos contribuam para a literatura científica e para a ampliação e a otimização das estratégias de abordagem, principalmente em serviços públicos. Outros estudos, com casuísticas maiores e aprofundamento metodológico, devem ser realizados com o intuito de construir um campo de saber nessa área de grande relevância para a saúde pública.

6 CONCLUSÕES

O presente estudo mostrou que a taxa de abandono em um programa de educação nutricional foi alta e o motivo mais citado foi o horário que era incompatível com o trabalho que as pessoas desempenhavam. Esse achado merece reflexão cuidadosa, visto que os indivíduos já tinham essa informação ao se inscreverem e serem chamados para participar do programa.

A maioria dos participantes era do sexo feminino, com idade média de 46,8 anos, casadas ou em união estável, ensino médio completo como escolaridade mínima e pertencentes à classe econômica B2. Em relação à prática de exercícios físicos, mais da metade era sedentária. Com a percepção corporal, quase a metade das pessoas participantes deste estudo estavam muito satisfeitas e satisfeitas, já em relação à saúde apenas um quarto apresentavam esse grau de satisfação. Quanto ao IMC e à circunferência da cintura, a maioria indicava algum grau de obesidade e risco muito elevado para complicações associadas à obesidade. A insatisfação corporal foi encontrada em todos os indivíduos ao escolherem silhuetas mais magras.

A participação na referida estratégia terapêutica, mesmo que não concluída, pode ter sido válida, no sentido de as pessoas que o abandonaram responderem de forma positiva por uma nova participação, e apontaram a necessidade da ajuda em grupo.

Motivar os indivíduos para adoção de um estilo de vida saudável, que inclui a prática de alimentação equilibrada continua sendo um desafio para os profissionais da área da saúde. A abordagem holística e integrada do sujeito é imprescindível. Para possibilitar a ampliação do conhecimento sobre os inúmeros determinantes do comportamento alimentar, torna-se importante ferramenta para superar o desafio de

transformar informações científicas de nutrição em mudanças reais das práticas alimentares.

Acredita-se que os programas de educação nutricional possam ter melhor adesão caso considerem os diferentes estágios de mudança comportamental, tendo em vista que cada um deles corresponde a diferentes atitudes e percepções perante a nutrição e a saúde. Dessa forma, o desenvolvimento de intervenções específicas para cada estágio de mudança de comportamento alimentar pode proporcionar maior eficácia quanto à motivação dos indivíduos a adotar, manter o comportamento alterado e propiciar qualidade de vida adequada, em longo prazo.

Após os resultados obtidos, faz-se necessário pensar em formas para melhorar a adesão como, por exemplo, a inserção de familiares do indivíduo em tratamento, para que esse seja outro a incentivar e a identificar estágios de mudança.

Outros estudos devem ser desenvolvidos, de natureza qualitativa, para compreender melhor os motivos pelos quais alguns indivíduos adotam e sustentam comportamentos que contribuem para a perda de peso, sua manutenção e adesão ao tratamento e outros não, diante de poucos trabalhos na literatura que apresentam resultados de programas de educação alimentar.

REFERÊNCIAS

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE. ACSM stand position on the appropriate intervention strategies for weight loss and prevention of weight regain for adults. **Med Sci Sports Exerc.**, v.33,p.2145-2156, 2001.

ANJOS, L.A. **Obesidade e saúde pública**. Rio de Janeiro: Editora Flocruz, 2006.100 p.

ANARUMA, C.A. Dosagem hitamínica muscular de ratos exercitados. **Rev.paul.educ.fís.**, v.9, n.1, p.3-9, jan/jun. 1995.

ALDANA, S.G. et al. The effects of a worksite chronic disease prevention program. *J. Envir. and Occup. Med.*, v.47, p.558-564, 2005.

ALMEIDA, G.A.N. et al. Percepção de tamanho e forma corporal de mulheres: estudo exploratório. **Psicol. em estudo**, Maringá, v.10, n.1, p.27-35, jan/abr. 2005.

ALMEIDA, G.A.N. et al. A imagem corporal de mulheres morbidamente obesas, avaliada através do Desenho da Figura Humana. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v.15, n.2, p.283-292, 2002.

ALMEIDA, G.A.N.; LOUREIRO, S.R.; SANTOS, J.E. Obesidade mórbida em mulheres – estilos alimentares e qualidade de vida. **Arch. Latin. de Nutr.**, Caracas – Venezuela,v.4, n.51, p.359-365, dez.2001.

ALVES, A.L.C.A; MUNARI, D.B;LIMA, F.V; SILVA, W.O. Atividades grupais em saúde coletiva: características, possibilidades e limites. **R Enferm UERJ.**, Rio de Janeiro v.11,p.18-24,2003.

ANDRADE, A.; BOSI, M.L.M. Mídia e subjetividade: impacto no comportamento alimentar feminino. **Rev. Nutr.**, Campinas, v.16, n.1, p.117-25, jan/mar.2003.

ASSIS, M.A.A.; NAHAS, M.V. Aspectos motivacionais em programas de mudança de comportamento alimentar. **Rev. Nutr.**, Campinas, v.12, n.1, p.33-41, jan/abr. 1999.

BAUTISTA-CASTAÑO, I. et al. Variables predictive of adherence to diet and physical activity recommendations in the treatment of obesity and overweight, in a group of Spanish subjects. **Int. J. Ob.**, v.28, p.697-705, 2004.

BECKER, J.R.B. **Manual de psicologia aplicada ao exercício & esporte**. Porto Alegre: Edelbra; 1999.

BERNARDI,F.; CICHELERO, C.; VITOLO, M.R. Comportamento de restrição alimentar e obesidade. **Rev Nutr.**, Campinas, v.18, n.1, p.85-93, 2005.

BEZERRA, I.N.; SICHIERI, R. Características e gastos com alimentação fora do domicílio no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.44, n.2, p.221-229, abr. 2010.

BEZERRA, I.N.; SICHIERI, R. Eating out of home and obesity: a Brazilian nationwide survey. **Pub. Health Nutr.**, v.12, n.11, p.2037-2043, 2009.

BLAIR, S.N. et al. Influences of cardiorespiratory fitness and other precursors on cardiovascular disease and all-cause mortality in men and women. **JAMA**, v.276, n.3, p.205-210, jul.1996.

BOSI, M.L.M. Autopercepção da imagem corporal entre estudantes de nutrição: um estudo no município do Rio de Janeiro. **J. Bras. Psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v.55, n.2, p.108-113, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Obesidade. **Cadernos de Atenção Básica**, n.12. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 108p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação – Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica: alimentação e nutrição**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigilância Alimentar e Nutricional. **Sisvan: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 118p.

BRAWLEY, L.R.; CULOS-REED, N. Studying adherence to therapeutic regimens: overview, theories, recommendations. **Contr. Clin. Tr.**, v.21, n.1, p.156-163, 2000.

BRIENZA, A.M.; MISHIMA, S.M.; FREDERICO, P.; CLÁPIS, M.J. Grupo de reeducação alimentar: uma experiência holística em saúde na perspectiva familiar. **Rev Bras Enferm.**, v.55, n.6, p.697-700, nov/dez. 2002.

BROWN, P.J.; KONNER M. An anthropological perspective on obesity. In: Goodman AH, Dufour DL, Peltó GH, editors. **Nutritional Anthropology Biocultural Perspectives on Food and Nutrition**. California: Mayfield Publishing Company Mountain View; 1999.

BUENO, J.M; LEAL, F.S; SAQUY, L.P.L; SANTOS, C.B; RIBEIRO, R.P.P. Educação Alimentar na obesidade: adesão e resultados antropométricos. **Rev Nutr.**, v.24, n.4, p.jul/ago. 2011.

CABRERA, M.A.S; FILHO, W.J. Obesidade em idosos: Prevalência, distribuição e associação com hábitos e co-morbidades. **Arq Bras Endocrinol Metab**. São Paulo, v.45, n.5, p.494-501. 2001.

CAMPOS, L.A; LEITE, A.J.M.; ALMEIDA, P.C. Nível socioeconômico e sua influência sobre a prevalência de sobrepeso e obesidade em escolares adolescentes do município de Fortaleza. **Rev Nutr.**, Campinas, v.19, n.5, p.531-538, 2006.

CARVALHO, E.T.F. **Geriatrica: fundamentos, clínica e terapêutica**. São Paulo. Ed.Atheneu, 2005. 788p.

CARVALHO, M.C.; MARTINS, A. A obesidade como objeto complexo: uma abordagem filosófico-conceitual. **Cien Saude Colet.**, Rio de Janeiro, v.9, n.4, p.1003-1012, 2004.

CASH,T.F. Body images attitudes among obese enrollees in a commercial weight loss program. **Percep Mot Skills**., Missoula, v.77, n.3, p.1099-1103,1993.

CASTANHEIRA, M.; OLINTO, M.T.A.; GIGANTE, D.P. Associação de variáveis sócio-demográficas e comportamentais com a gordura abdominal em adultos: estudo de base populacional no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n.1, p.55-65, 2003.

CATTARIN, J. et al. Body image, mood, and televised images of attractiveness: The role of social comparison. **Br. J. Clin. Psychol.**, v.19, p.220-239, 2000.

CERVATO, A.M.; DERNTL, A.M.; LATORRE, M.R.D.O.; MARUCCI, M.F.N. Educação nutricional para adultos e idosos: uma experiência positiva em universidade aberta para a terceira idade. **Rev. Nutr.**, Campinas, v.18, n.1, p.41-52, 2005.

CHAMPE, P.C.; HARVEY, R.A.; FERRIER, D.R. **Bioquímica ilustrada**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. 533 p.

CHAPMAN, K.M. et al. Appeyng behavioral models to dietary education of eldery diabetic patients. **J Nutr Educ**, Berkeley, v.27, n.2, p.75-79, 1995.

CHIESA, A.M; VERÍSSIMO, M.D.L.O.R.A. **Educação em Saúde na Prática do PSF**. In: Ministério da Saúde. Manual de Enfermagem. Brasília: 2004. p.34-42.

CONTI, M.A.; FRUTUOSO, M.F.P.; GAMBARDELLA, A.M.D. Excesso de peso e insatisfação corporal em adolescentes. **Rev. Nutr.**, Campinas, v.18, n.4, p.491-497, jul/ago. 2005.

COOPER, Z.; FAIRBURN, C.G. A new cognitive behavioral approach to the treatment of obesity. **Behav Res Therap**,USA, v.39, n.5, p.499 – 511, 2001.

CORMICK, S.E.; CLARKE, C.I. Prevention and management of overweight/obesity in the community. **Nutr Bullet.**,USA, v.29, n.3, p. 274-279, 2004.

COSTA, K.S.; MUNARI, D.B. O grupo de controle de peso no processo de educação em saúde. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v.12, n.1, p. 54-59, 2004.

CCEB, Critério Padrão de Classificação Econômica Brasil: O Novo Critério Padrão de Classificação Econômica Brasil, 2008. Disponível em: http://www.abep.org/codigosguias/Criterio_Brasil_2008.pdf. Acesso em: 20-08-2011

CUNHA, S.F.C. Problemas Nutricionais em Adultos. **Estud.Av.**, v.21, n.60, p.155-160, maio/jul. 2007.

CUPPARI, L. **Guia de nutrição: nutrição clínica no adulto**. 2. ed. Barueri, SP: Manole, 2005. 474p.

CUPPARI, L. **Guias de medicina ambulatorial e hospitalar UNIFESP/ Escola Paulista de Medicina:** nutrição. São Paulo: Manole, 2002.490p.

DAMASCENO, V.O. et. al. Tipo físico ideal e satisfação com a imagem corporal de praticantes de caminhada. **Rev. Bras. Med. Esporte**, Niterói, v.11, n.3, p.181-186, mai/jun., 2005.

DEMAREST, J.; LANGER, E. Perception of body shape by underweight, average, and overweight men and women. **Perc. Mot. Ski.**, v.83, n.2, p. 569-570, 1996.

DOBROW, I.; KAMENETZ, C.; DEVLIN, M.J. Aspectos psiquiátricos da obesidade. **Rev. Bras. Psiquiatr.**; São Paulo, v. 24, n.3, p. 63-67, 2002.

DREWNOWSKI, A.; POPKIN, B.M. The nutrition transition: new trends in the global diet. **Nutr. Rev.**, Baltimore, v.55, p.31-43, feb.1997.

EASO - Members of the Obesity Management Task Force of the European Association for the Study of Obesity. Management of Obesity in Adults: Project for European Primary Care. **Int. journal of Obes.**, v.28, p.226-231. 2004 doi: 10.1038/sj.ijo.0802663

ERIKSSON, J.; TAIMELA, S.; KOIVISTO, V.A. Exercise and the metabolic syndrome. **Diabetologia**, v.40, p.125-135,1997.

FAIRBURN, C.G.; BROWNELL, K.D. Eating disorders and obesity. Second Edition, 2002. 633p.

FELIPPE, F.; SANTOS, A.M. Novas demandas profissionais: obesidade em foco. **Rev ADPPUCRS**, Porto Alegre, v.5, n.1, p.63-70, 2004.

FERREIRA, V.A.; MAGALHÃES, R. O corpo cúmplice da vida: considerações a partir dos depoimentos de mulheres obesas de uma favela carioca. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.2, p.483-490, abr/jun. 2006.

FERREIRA, V.A.; MAGALHÃES, R. Obesidade e pobreza: o aparente paradoxo. Um estudo com mulheres da Favela da Rocinha, Rio de Janeiro, Brasil **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.6, p.1792-1800, nov/dez. 2005.

FERRIANI, M.G.C. et al. Auto-imagem corporal de adolescentes atendidos em um programa Multidisciplinar de assistência ao adolescente obeso. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v.5, n.1, p.27-33, jan/mar. 2005.

FISBERG, R.M. et al. **Inquéritos alimentares: métodos e bases científicos.** Barueri: Manole, 2005. 334p.

FISBERG, R.M. **Atualização em obesidade na infância e adolescência.** São Paulo: Atheneu, 2004. p.2-9.

FISCHLER, C. Obeso Benigno Obeso Maligno. In: Sant'Anna DB, organizadora. **Políticas do Corpo: elementos para uma história das práticas corporais**. São Paulo: Estação Liberdade; 1989.

FOSTER, G.D.; WADDEN, T.A.; VOGT, R.A. Body image in obese before, during, and after weight loss treatment. **Heal. Psyc.**, v.16, n.3, p.226-229, 1997.

FRANCISCO, C.O. et al. Comparação do equilíbrio corporal de mulheres a partir da meia-idade obesas e não-obesas. **Fis. Pesq.**, São Paulo, v.16, n.4, out/dez., 2009.

FRANCISCHI, R.P.P.; PEREIRA, L.O.; LANCHA JÚNIOR, A.H. Exercício, comportamento alimentar e obesidade: revisão dos efeitos sobre a composição corporal e parâmetros metabólicos. **Rev. Paul. Educ. Fís.**, São Paulo, v.15, n.2, p.117-140, jul/dez. 2001.

FRIEDMAN, M.A.;BROWNELL, K.D. Psychological correlats of obesity: Moving to the next research generation. **Psy. Bull.**, v.117, n.1, p.3-20,1995.

FUSTER, J.M. Frontal lobe and cognitive development. **J Neurocytol**, v.31, n.3, p.373-385, 2001.

GARDNER, R.M. et al. Development and validation of two new scales for assessment of body image. **Percept. Mot. Sk.**, v.89, p.981-993, 1999.

GIGANTE, D. et al. Prevalência de obesidade em adultos e seus fatores de risco. **Rev. Saúde Pub.**, São Paulo, v.31, n.3, p.236-246, 1997.

GITTELSON, J., et al. Body image concepts differ by age and sex in an Ojibway-Cree community in Canada. **J Nutr**, v.126, p.2990-3000, 1996.

GOMES, F.A.; PANOBIANCO, M.S.; FERREIRA, C.B.; KEBBE, L.M.; MEIRELLES, M.C.C.C. Utilização de grupos na reabilitação de mulheres com câncer de mama. **Rev Enferm UERJ**. Rio de Janeiro, v.11, p.292-295, 2003.

GOMES-VILLAS BOAS, L.C. A relação entre o apoio social e as características sociodemográficas das pessoas com diabetes mellitus. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v.30, n.3, p.390-396, set. 2009.

GONÇALVES, D.M.; STEIN, A.T.; KAPCZINSKI, F. Avaliação de desempenho de Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. **Cad Saúde Públ.** Rio de Janeiro, v.24, n.2, p.380-390, fev. 2008.

GUIMARÃES, N.G.; DUTRA, E.S.; ITO, M.K.; CARVALHO, K.M.B. Adesão a um programa de aconselhamento nutricional para adultos com excesso de peso e comorbidades. **Rev.Nutr.**, Campinas, v.23, n.3, p.323-333, 2010.

GUSMÃO, J.L.; MION, D. Adesão ao tratamento – conceitos. **Rev. Bras. Hipertens.**, v.13, n.1, p.23-25, 2006.

GUSTAT,J.; SRINIVASAN, S.R.; ELKASABANY, A.; BERENSON, G.S. Relation of self-rated measures of physical activity to multiple risk factors of insulin resistance syndrome in young adults: the Bogalusa Heart study. **J Clin Epidemiol**, v.55, p.997-1006, 2002.

HALPERN, A; MANCINI, M.C. **Manual de obesidade para o clínico**. São Paulo: Ed. Roca; 2002. 288p.

HAYNES, R.B. et al. Determinants of compliance: the disease and the mechanics of treatment. In: Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL, eds. **Comp. Health Care**. Baltimore, MD, Johns Hopkins University Press; p. 49-62, 1979.

INELMEN, E.M. et al. Predictors of drop-out in overweight and obese outpatients. **Int J Obes**. Londres. v.29, n.1, p.122-128, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa de orçamentos familiares 2002-2003: análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil. IBGE, Rio de Janeiro, 2004.

KAGAWA, M. et al. A comparison of body perceptions in relation to measured body composition in Young Japanese males and females. **Body Image**, v.4, n.4, p. 372-380, 2007.

KAKESHITA, I.S. **Adaptação e validação de Escalas de Silhuetas para crianças e adultos brasileiros**. 2008. 96 p. Tese Doutorado – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

KAKESHITA, I.S.; ALMEIDA, S.S. Relação entre índice de massa corporal e a percepção da auto-imagem em universitários. **Rev. Saúde Publ.**, São Paulo, v.40, n.3, p.497-504, jun. 2006.

KANJILAL, S.; GREGG, E.W.; CHENG,Y.; ZHANG, P.; et al. Socioeconomic status and trends in disparities in 4 major risk factors for cardiovascular disease among US Adults. **Arch Intern Med**, v.166, n.21, p.2348 – 2355, nov.2006.

LAGE, A.; Mulheres com mais de 40 anos têm dificuldade para emagrecer. **Folha de São Paulo**. São Paulo, set.27. 2007.

LAKKA, T.A.; LAAKSONEN, D.E.; LAAKA, H.M.; MÄNNIKÖ, N.; NISKANEN, L.K.; RAUMRAMAA, R et al. Sedentary life style, poor cardiorespiratory fitness, and the metabolic syndrome. **Med Sci Sports Exerc**, v.35, p.1279-1286, 2003.

LAQUATRA, I. **Nutrição no controle do peso**. In: MAHAN, L.K; ESCOTT-STUMP, S.Krause: Alimentos, Nutrição & Dietoterapia. 10ª ed. São Paulo: Roca, 2002.

LAURENT, J.A.; VANNOTTI, M. Handcaps of massive obesity. **Rev. Prat.**, v.43, n.15, p.1908-1910,1993.

LAUS, M.F. **Estudo das relações entre prática de atividade física, estado nutricional e percepção da imagem corporal em adolescentes do ensino médio de Ribeirão Preto – SP.** 2009. 146f. Dissertação – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

LEITE, S.N. **O Farmacêutico na atenção à saúde.** Itajaí: Universidade do Vale do Itajaí, 2005. 189p.

LEITE, S.N.; VASCONCELOS, M.P.C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n.3, p.775-782, abr. 2003.

LEONHARD, M.L.; BARRY, N.J. Body image and obesity: Effects of gender and weight on perceptual measures of body image. **Addic. Beh.**, v.23, n.1, p.31-34, 1998.

LICÍNIO, J.; WONG, MA-LI. The Interface of Obesity and Depression: Risk Factors for Metabolic Syndrome. **Rev. Bras. Psiq.**, v.25, n.4, p.196-197, 2003.

LIMA, L.P.; SAMPAIO, H.A.C. Caracterização socioeconômica, antropométrica e alimentar de obesos graves. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.4, p.1011-1020, jul./ago. 2007.

LOPES, C.A.E. **O conhecimento profissional dos professores e suas relações com estatística e probabilidade na educação infantil.** 2003. 223f. Tese de doutorado – Faculdade de Educação - FE, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP. 2003.

LÖWE, B et al. Long-term Outcome of Anorexia Nervosa in a Prospective 21-year Follow-up study. **Psychol. Med.** v.31, n.5, p.881-90, 2001.

LUDWIG, M.W.B. et al. Intervenção grupal em pacientes com síndrome metabólica. **Rev. Bras. Ter. Cogn.**, Rio de Janeiro, v.6, n.1, p.5-31, jun. 2010.

LUIZ, A.M.A.G.; GORAYEB, R.; LIBERATORE, R. D. R.; DOMINGOS, N.A.M.D. Depressão, ansiedade e competência social em crianças obesas. **Est. Psic.**, Natal, v.10, n.1, p.35-39, 2005.

LUPTON, D. **The imperative of health: public health and the regulated body.** London: SAGE, 1996.

MADRIGAL, H. et al. Underestimation of body mass index through perceived body image as compared self-reported body mass index in the European Union. **Public Health.**, v.114, n.6, p.468-73, 2000.

MAGNABOSCO, P. **Qualidade de vida relacionada à saúde do indivíduo com hipertensão arterial integrante de um grupo de convivência.** Dissertação de Mestrado - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

MARIATH, A. B. et al. Obesidade e fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis entre usuários de uma unidade de alimentação e nutrição. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v.23, n.4, p.879-905, abr. 2007.

MARTINS, C. **Aconselhamento nutricional**. In: Cupari, L. Nutrição clínica do adulto. Guias de medicina ambulatorial e hospitalar. Unifesp/ Escola Paulista de Medicina. 2 reimpressão. São Paulo: Ed. Manole; p.111-127, 2005.

MARTINS, I.S.; MARINHO, S.P. O potencial diagnóstico dos indicadores da obesidade contralizada. **Rev. Saúde Públ.**, São Paulo, v.37, n.6, p.76-770, 2003.

MARTINS, C.; ABREU, S. **Pirâmide de Alimentos - Manual do Educador**. Nutroclínica, Curitiba, 1997, p.164.

MAUSS, M. **Sociologia e Antropologia**. São Paulo: EPU; 1974.

MCCABE, M.P.; RICCIARDELLI, L.A.; SITARAM, G.; MIKHAIL, K. Accuracy of body size estimation: Role of biopsychosocial variables. **Body Image**, v.3, p.163-171, 2006.

MCGUIRE, M.A. ; MCGUIRE, M.K. Conjugated linoleic acid (CLA) :a ruminant fatty acid with beneficial effects on human health. **J Dair Scien.**, USA,v.77, n.1,p.118, 1999.

MCNABB, W. Adherence in diabetes: can we define it and can we measure it? **Diabetes Care.**, v.20, n.2, p.215-218, 1997.

MENDONÇA, C.P.; ANJOS, L.A. Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso/obesidade no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.3, p.698-709, maio/jun. 2004.

MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da percepção**. São Paulo: Martins Fortes; 1994.

MIDENCE, K et al. **Adherence to treatment in medical conditions**. London: Harwood Academic Publishers; 1998.

MIHALKO, S.L et al. Challenges and innovations in enhancing adherence. **Control Clin Trials**, n.25, v.5, p.447-457, 2004.

MILLER, W.R.;ROLLNICK, S. **Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior**. New York: Guilford Press; 1991.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Promoção da Saúde. Disponível em: www.saude.gov.br
Acesso em: 5 de agosto 2011.

MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO E INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa de Orçamentos Familiares: Antropometria e Estado Nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro, 2010.

MILSTEIN-MOSCATI, I.; PERSANO, S.; CASTRO, L.L.C. **Aspectos metodológicos e comportamentais da adesão à terapêutica**. In:CASTRO, L.L.C. (Org.). Fundamentos de fármaco epidemiologia. AG Editora, 2000. p.171-179.

MONTEIRO, C.A. Epidemia: obesidade já é o segundo maior fator de risco na cidade. Folha de São Paulo, 14 mar., 2004.

MONTEIRO, C.A.; BENÍCIO, M.H.; LUNES, R.; GOUVEIA,N.C. Nutritional status of Brazilian children: trends from 1975 to 1989. **Bull World Health Organ**. v.70, n.5, p.657-666, 1992.

MONTEIRO, C.A.; CONDE, W.L. A tendência secular da obesidade segundo estratos sociais: nordeste e sudeste do Brasil, 1975-1989-1997. **Arq Bras Endocrinol Metabol**. v.43, n.3, p.186-194,1999.

MORISKY, D.E.; GREEN, L.W.; LEVINE, D.M. Concurrent and predictive validity of self-reported measure of medication adherence. **Med. Care**, v.24, p.67-74, 1986.

MUNARI, D.B; RODRIGUES, A.R.F. **Enfermagem e grupos**.Goiânia:Editora AB; 2003.

NAHAS, M.V. **O Pentágulo do Bem Estar**. Boletim do Núcleo de Pesquisa em Atividade Física & Saúde CDS/UFSC,v.2, n.7, p.1-1, 1996.

NOBRE, F; PIERIN, A.M.G; MION, D.J. **Adesão ao tratamento o grande desafio da hipertensão**. São Paulo: Lemos Editorial; 2001.

NUNES, M.A et al. Influência da percepção do peso e do índice de massa corporal nos comportamentos alimentares anormais. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v.23, n.1, p.21-7, mar. 2001.

NUNOMURA, M. Motivos de adesão à atividade física em função das variáveis idade, sexo, grau de instrução e tempo de permanência. **Rev. Bras. Ativ. Fís. Saúd.**, Pelotas, v.3, n.3, p.45-58, 1998.

OGDEN, J.; EVANS, C. The problem with weighing: effects on mood, self-esteem and body image. **Intern. Journ. Ob. Relat. Metab. Disod.**, v.20, n.3, p.272-277, 1996.

OLIVEIRA, F. P.et al. Eating behavior and body image in athletes. **Rev. Bras. Med. Esporte**, Niterói, v.9, n.6, p.357-364, nov/dez. 2003.

OLIVEIRA, T.R.P.R.; CUNHA, C.F.; FERREIRA, R.A. Características de adolescentes atendidos em ambulatório de obesidade: conhecer para intervir. **Rev. Soc. Bras. Alim. Nutr.**, São Paulo, SP, v.35, n.2, p.19-37, ago.2010.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde.** Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, 2003. 60p.

OSTERBERG, L.M.D.; BLASCHKE, T.M.D. Adherence to medication. **N Engl J Med.**, v.353, n.1, p.487-497, ago. 2005.

PARHAM, E.S. Promoting body size acceptance in weight management counseling. **J. Am. Diet. Assoc.**, v.99, p.920-25, 1999.

PATE, R.R.; PRATT, M.; BLAIR, S.N.; HASKELL, W.L.; MACERA, C.A.; BOUCHARD, C, et al. Physical activity and public health: a recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. **JAMA**, v.273, p.402-407, 1995.

PAUL, R; BROWNELL, K.D.B. Discrimination and Obesity. **Obesity Research**, v.9, n.12, p.788-805, 2001.

PEREIRA, J.M.; HELENE, L.M.F. Reeducação Alimentar e um grupo de pessoas com sobrepeso e obesidade: relato de experiência. **Rev. Esp. Saúde.** Londrina, v.7, n.2, p.32-38, jun. 2006.

PEREZ-ROMANO, B. Deficiency of red cell bound CD55 and CD59 in patients with systemic lupus erythematosus. **Immun. Let.**, v.88, n.2, p.95-99, ago.2003.

PINHEIRO, A.R.O.; FREITAS, S.F.T.; CORSO, A.C.T. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. **Rev. Nutr.**, Campinas, v.17, n.4, p.523-533, out/dez. 2004.

PONTES, L.M.B. Porque educar em grupo? **Jornal Conselho Federal de Nutricionistas.** v.2, p.7, 2000.

POPE JR, H.G. et al. Body image perception among men in three countries. **Am J Psychiatry**, v.157, p.1297-1300, 2000.

POPKIN, B.M. The nutrition transition and obesity in the developing world. **J Nutr**, v.131, n.3, p.871-873, 2001.

PROCHASKA, J.O. et al. In search of the structure of change. **Self Change: Social Psychological and Clinical Perspectives.** Y. Klar, J. D. Fisher, J. M. Chinsky and A. Nadler. **Springer-Verlag**, New York, p.87-114, 1992.

RENNIE, K.L.; MCCARTHY, N.; YAZDGERDI, S.; MARMOT, M.; BRUNNER, E. Association of metabolic syndrome with both vigorous and moderate physical activity. **Int J Epidemiol**, v.32, p.600-606, 2003.

RICKHEIM, P.L. et al. Assessment of group versus individual diabetes education. **Diab. Care**, v.25, n.2, p.269-274, 2002.

ROBINER, W.N. Enhancing adherence in clinical research. **Contemp Clin Trials**, v.26, n.1, p.59-77, 2005.

ROLLNICK, S. Readiness, importance and confidence: critical conditions of change in treatment. In *Treating Addictive Behaviors*, 2nd edn, Miller, W. and Heather, N. eds. **Plen. Press**, p.49-60, 1996.

ROMANO, R. **O plano vetado em nome do ajuste fiscal**. Folha de S. Paulo. São Paulo, p.3. 4 abr. 2001.

ROMERO, C.E.M. O papel dos hormônios leptina e grelina na gênese da obesidade. **Rev. Nutr.**, Campinas, v.19, n.1, p.85-91. jan/fev.2006.

ROSA, E.C. et al. Obesidade visceral, hipertensão arterial e risco cárdio-renal: uma revisão. **Arq Bras Endocrinol Metab.**, São Paulo, v.49, n.2, abr.2005.

ROSENDO, A.B, STEFLI G.S, BOLAN, R.S, SILVEIRA, L.V.S. Avaliação da eficiência do grupo de apoio a pacientes obesos em Tubarão – SC. **ACM arq. catarin. med.**, Santa Catarina, v.34, n.4, p.28-34. out/dez. 2005.

ROTENBERG, S.; VARGAS, S. Práticas alimentares e o cuidado da saúde: da alimentação da criança à alimentação da família. **Rev. Bras Saúde Mater Infant.**, Recife, v.4, n.1, p.85-94, jan/ mar. 2004.

RUSSO, A.C.; AZEVEDO, R.C.S. Fatores motivacionais que contribuem para a busca de tratamento ambulatorial para a cessação do tabagismo em um hospital geral universitário. **J. bras. Pneumol.**, São Paulo, v.36, n.5. p. 603-611, set/out. 2010. doi.org/10.1590/S1806-37132010000500012

SABBAH, H.A. et al. Body weight dissatisfaction and communication with parents among adolescents in 24 countries: International cross-sectional survey. **BMC Public Health**, v.9, n.52, p.1-10, 2009.

SABINO, C. **Os marombeiros: construção social de corpo e gênero em academias de musculação** 2000. Dissertação Mestrado – Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais Rio de Janeiro, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

SAIKALI, C.J. Imagem corporal nos transtornos alimentares. **Rev. Psiqu. Clin.** São Paulo, v.31, n.4, p.164-166, 2004.

SANTOS, L.A.S. **O corpo, o comer e a comida: um estudo sobre as práticas corporais e alimentares cotidianas a partir da cidade de Salvador Bahia** [dissertação]. São Paulo (SP): Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2006.

SAUR. Imagem corporal: auto satisfação e representação psíquica em desenhos da figura humana. 2007. Dissertação Mestrado – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

SCHLUNDT, D.G.; REA, M.R.; KLINE, S.S.; PICHERT, J.W. Situational obstacles to dietary adherence for adults with diabetes. **J. Am. Diet.Assoc.**, v.94, n.8, p.874-876, aug., 1994.

SICHERI, R. **Epidemiologia da obesidade**. Rio de Janeiro: Editora UERJ, 1998.

SILVA, D.M.G.V.; SOUZA, S.S.; FRANCIONI, F.F.; BETINA, H.S.M. Qualidade de vida na perspectiva de pessoas com problemas respiratórios crônicos: a contribuição de um grupo de convivência. **Rev Latino-Am Enfermagem**.v.13, n.1, p.7-14, jan/fev. 2005.

SMITH, R.C et al. Marine ecosystem sensitivity to climate change. **Bioscience**, v.49, p.393-404, 1999.

SMOLAK, L.; LEVINE, M.P.; SCHERMER, F. Parental input and weight concerns among elementary school children. **Int. J. Eat. Disord.**, v.25, p.263-71, 1999.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.84, n.1, p.10-11, abr., 2005.

SOUZA, M.F. O programa saúde da família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. **Rev. Bras. Enferm.**, v.61, n.2, p.153-158, 2008.

SPSS INCORPORATION. SPSS FOR WINDOWS. Statistical Package for the Social Sciences. Release 16.1. Chicago: **SPSS Inc.**, 2007.

SWINBURN, B.; EGGER, G. Preventive strategies against weight gain and obesity. **Obes. Reviews.**, v.3, n.2, p.289-301, novembro. 2002.

TAVARES, M.C.C. **Imagem corporal: conceito e desenvolvimento**. São Paulo: Editora Manole; 2003.

TEICHMANN, L. et al. Fatores de risco associados ao sobrepeso e a obesidade em mulheres de São Leopoldo, RS. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v.9, n.3, p.360-373, set. 2006.

TEIXEIRA, P.J.; GOING, S.B.; HOUTKOOPE, L.B., et al. Pretreatment predictors of attrition and successful weight management in women. **Int J Obes Relat Metab Disord**. v.28, n.9, p.1124-1133, 2004.

THOMPSON, J.K.; COOVERT, M.D.; STORMER, S. Body image, social comparison, and eating disturbance: a covariance structure modeling investigation. **Int. J. Eat. Disord.**, v.26, p.43-51, 1999.

THOMPSON, M.A.; GRAY, J.J. Development and validation of a new body image assessment scale. **Journal of Personality Assessment**. v.64, n.2, p.258-269, 1995.

TRENTINI, M.; GONÇALVES, L.H.T. Pequenos grupos: um método no desenvolvimento de tecnologias em enfermagem. **Rev. Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v.9, n.1, p.63-78, jan/abr. 2000.

TRINCA, R.T.; OKUDA, L.S. **Vínculo profissional-paciente**. In: Táki Athanássios Cordás; Adriana Trejger Kachani. (Org.). *Nutrição em Psiquiatria*. 1 ed. Porto Alegre: Editora:Artmed, v.3, p.49-58, 2010.

TRUDEAU, E.; KRISTAL, A.R.; LI, S.; PATTERSON, R.E. Demographic and psychosocial predictors of fruit and vegetable intakes differ: implications for dietary interventions. **J Am Diet Assoc.**, v.98, n.12, p.1412–1417, 1998.

VEGGI, A.B. et al. Índice de massa corporal, percepção do peso corporal e transtornos mentais comuns entre funcionários de uma universidade no Rio de Janeiro. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo; v.26, n.4, p.242-247, dez. 2004.

VILLARES, S.M.F.; RIBEIRO, M.M.; SILVA, A.G. Obesidade infantil e exercício. Ver Abeso. 2003; 14, jun. 2003. Disponível em:http://www.abeso.org.br/revista/revista13/obes_infantil.htm. Acesso em: 20-08-2011.

VORACEK, M.; FISHER, M. L. Shapely centrefolds? Temporal change in body measures: trend analysis. **B.M.J.**, v.325, p.1447-1448, 2002.

ZUKERFELD, R. Grupos com portadores de transtornos alimentares. In: ZIMERMAN, D.E, organizador. **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Editora Artes Médicas; 1997.

WANG, Y et al. **The Holocene Asian Monsoon: Links to Solar Changes and North Atlantic Climate**. J. Science.v.308, p.854-857, maio.2005.

WERUTSKY, C.A.; BARROS, T.M. Grupo com obesos. In: MELLO,F.J. **Grupo e corpo: psicoterapia de grupo com pacientes somáticos**. Porto Alegre: Editora Artes Médicas; 2000.

WEST, R. **Assessment of dependence and motivation to stop smoking**. BMJ. v.328, n.7435, p.338-339, 2004.

WING, R.R.; HILL, J.O. Successful weight loss maintenance. **Annu Rev Nutr.**, v.21, p.323-324, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Set of recommendations on the marketing of foods and non-alcoholic beverages to children**. Geneva, Switzerland: WHO; 2010. 16p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies**: report of a WHO expert consultation. **The Lancet**, v.363, p.157-163, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Diet, nutrition and prevention of chronic diseases**:report of a Joint WHO/FAO Expert consultation. WHO Technical Report Series, nº916. Geneva, Switzerland: WHO; 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity: Preventing and managing the global epidemic**: report of a WHO consultation. WHO Technical Report Series, nº894. Geneva, Switzerland: WHO; 2000. 253p.

ZIEBLAND, S.; ROBERTSON, J.J.; NEIL, A. Body image and weight change in middle age: a qualitative study. **International Journal of obesity**. v.26, p.1083-1091, 2002.

ZIMERMAN, D.E. **Fundamentos Básicos da grupoterapias**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é Francine Scochi Leal, sou nutricionista e aluna do Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP (nível mestrado). Estou desenvolvendo uma pesquisa com o objetivo de investigar a taxa de abandono do tratamento da obesidade e seus fatores determinantes em participantes de um programa de reeducação alimentar. Os resultados deste estudo poderão ser de grande utilidade para um melhor enquadramento do programa e assim tratar da obesidade.

Assim, venho por meio deste convidá-lo(a) a participar desta pesquisa. A coleta dos dados será realizada por mim com data e hora marcadas. Serão realizadas medidas de peso, altura e circunferência da cintura, além de questões sobre dados sociais, econômicos, motivo da desistência do programa, histórico de tratamento do peso, em um encontro que durará aproximadamente 10 minutos. Nenhum risco, prejuízo ou desconforto será esperado nesta entrevista. Caso aceite nosso convite, garantimos total sigilo e anonimato dos participantes, além de que não terão nenhum gasto. Os dados coletados serão utilizados somente para fins de divulgação científica e sua identidade será preservada.

O(a) senhor(a) tem total liberdade de não aceitar este convite e também retirar seu consentimento a qualquer momento no decorrer da pesquisa, sem penalidades ou prejuízos. Se considerar necessário, poderá solicitar maiores esclarecimentos a qualquer momento no decorrer do estudo.

Eu _____
RG nº. _____ concordo ser voluntário deste trabalho e assino este presente termo, declarando ter obtido informações dos procedimentos necessários para a realização do estudo. Estou ciente dos objetivos e propósitos da pesquisa, bem como de que não receberei pagamento ou gratificação pela minha participação. Declaro ainda ter recebido uma cópia deste documento.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 20__.

Assinatura

Pesquisadora: Francine Scochi Leal

Telefone para contato: (16) 78121171
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Av. Bandeirantes, 3900
Orientadora: Prof^a Dr^a Rosane Pilot Pessa Ribeiro
Telefone para contato: (16) 3602-3403

APÊNDICE B

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Data da coleta: _____ Grupo nº: _____ Ano da participação: _____

1-DADOS PESSOAIS

Nome: _____ M() F()

Telefone: () _____ Local de trabalho: _____

É portador de: hipertensão () diabetes () dislipidemia() hipotireoidismo()

Outras doenças (). Quais? _____

Pratica exercício físico? N() S()

O quê pratica/qual frequência? _____

2-DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Idade: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Estado civil:

() solteiro () separado/divorciado () casado/união estável () viúvo há _____ anos

Escolaridade do participante

() ensino fundamental incompleto cursou até que série? _____

() ensino fundamental completo

() ensino médio incompleto

() ensino médio completo

() superior incompleto

() superior completo

Quantos filhos tem? _____ meninos _____ meninas _____

Itens que possui em casa:

Itens	0	1	2	3	4 ou
Televisão em					
Rádio					
Banheiro					
Automóvel					
Empregada					
Máquina de lavar					
Videocassete e/ou					
Geladeira					
Freezer independente (ou 2ª porta da geladeira)					

Renda familiar mensal: R\$ _____ Quantas pessoas dependem dessa renda? _____

Escolaridade do chefe da família (preencher **somente se o participante não for** o chefe da família)

() ensino fundamental incompleto cursou até que série? _____

() ensino fundamental completo

() ensino médio incompleto

() ensino médio completo

() superior incompleto

() superior completo

3-EXPECTATIVA

Qual era o seu objetivo ao se inscrever no PRAUSP?

Durante o tempo que você participou do PRAUSP, a sua expectativa foi alcançada?

4-MOTIVO DA DESISTÊNCIA

Por que desistiu?

() local de difícil acesso

Por que?

() dia

Por que?

() horário inadequados

Por que?

() não identificação com a equipe de profissionais

Por que?

() modelo de trabalho

Por que?

() material utilizado

Por que?

() não conseguiu perder peso

Por que?

() não conseguiu seguir as orientações

Por que?

() outros. Quais?

Comentário:

5-PERÍODO PÓS-PRAUSP

Houve alguma tentativa de perda de peso após sua participação no PRAUSP? () N () S

Qual tentativa?

Como foi?

Quando foi ?

Por quanto tempo fez?

Perdeu peso? () N () S Quanto perdeu?

Outras tentativas:

Você acha que ainda precisa perder peso? () N

Por que?

() S Por que?

Quanto de peso acha que precisa perder?

() Não sabe. Por que?

Como você está se sentindo em relação à sua **saúde**? E ao seu **corpo**?

Saúde	Corpo
() muito satisfeito	() muito satisfeito
() satisfeito	() satisfeito
() + ou - satisfeito	() + ou - satisfeito
() insatisfeito	() insatisfeito
() muito insatisfeito	() muito insatisfeito

Você tem intenção de procurar o PRAUSP novamente ? () N () S () Não sabe

Por quê?

Escala de Silhueta: Figura real _____ Figura desejável _____

6-DADOS ANTROPOMÉTRICOS

Atual:

Idade: _____ Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____ c.c: _____

Época da participação no PRAUSP-EERP: (primeiro e último encontro)

Idade: _____ Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____ c.c: _____

Idade: _____ Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____ c.c: _____

ANEXOS

Anexo A

Critério de Classificação Econômica Brasil

Critério Brasil 2008: Sistema de Pontos

Posse de itens	Não tem	T E M (Quantidade)			
		1	2	3	4
Televisores em cores	0	1	2	3	4
Videocassete/DVD	0	2	2	2	2
Rádios	0	1	2	3	4
Banheiros	0	4	5	6	7
Automóveis	0	4	7	9	9
Empregadas mensalistas	0	3	4	4	4
Máquinas de lavar	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer(*)	0	2	2	2	2

(*) Independente ou 2ª porta da geladeira

Grau de instrução do chefe de família

Nomenclatura antiga	Pontos	Nomenclatura atual
Analfabeto/Primário incompleto	0	Analfabeto/ até 3ª Série Fundamental
Primário completo	1	4ª. Série Fundamental
Ginasial completo	2	Fundamental completo
Colegial completo	4	Médio completo
Superior completo	8	Superior completo

Pontuação mínima = 0
Pontuação máxima = 46

Anexo B

Escala de Figuras de Silhuetas

1 Escala Feminina

2 Escala Masculina